

Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus

sairaanhoitajan kuvaamana

Milla Karkia

Opinnäytetyö
Syyskuu 2012
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tampereen ammattikorkeakoulu

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	5
2 HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN CPAP-HOIDON KÄYTÄNTEET IHO- JA ALLERGIASAIRAALASSA.....	6
3 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA.....	7
3.1 Sairaanhoitaja ja teknologia.....	7
3.2 Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista	9
3.3 Uniapnea	10
3.3.1 Uniapnean oireet, altistavat tekijät ja riskit	11
3.3.2 Uniapnean tutkiminen	12
3.3.3 Uniapnean hoito.....	14
3.4 CPAP-laitteet	15
3.5 CPAP-maskit	17
3.6 Potilaan sitouttaminen uniapnean CPAP-hoitoon	18
3.7 Uniapnean CPAP-hoidon haasteet	22
4 OPINNÄYTTEEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	26
5 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA AINEISTON ANALYYSI	27
5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu.....	27
5.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi.....	29
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	31
6.1 Tulosten taustaa	31
6.2 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta yksilöllisesti	31
6.3 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen ohjaustavat.....	33
6.4 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaustilanne	36
6.5 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen toteutuminen.....	37
6.6 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen kehittäminen.....	40
6.7 Yhteenveto opinnäytetyön tuloksista.....	43
7 POHDINTA	44
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	44
7.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	46
7.3 Kehittämisehdotuksia.....	52
LÄHTEET.....	54
LIITTEET	59

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma

KARKIA, MILLA: Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus sairaanhoitajan kuvaamana

Opinnäytetyö, 63 s., liitteet 4 s.
Syyskuu 2012

Uniapneaa voidaan luonnehtia kansanterveydelliseksi ongelmaksi, koska Suomessa noin 150 000 henkilöä sairastaa uniapneaa. Uniapnean vaikeaa ja keskivaikeaa muotoa hoidetaan CPAP-hoidolla. CPAP-hoidon onnistuminen vaatii ammattitaitoista potilasohjausta CPAP-teknologiasta, joka haastaa usein sekä potilaat että hoitohenkilökunnan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta. Sen tavoitteena oli saada tietoa, jolla voidaan kehittää uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta. Opinnäytetyön tutkimusmetodi oli laadullinen. Sen kohderyhmänä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Iho- ja allergiasairaalan sairaanhoitajat, jotka olivat osallistuneet uniapneapotilaiden hoitoon yli puoli vuotta. Aineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella ja analysoitiin induktiivisella sisällön-analyysillä.

Potilaan ehdoilla etenevässä CPAP-hoidon potilasohjauksessa tavoitteena on potilaan CPAP-hoitoon sitoutuminen. CPAP-hoidon potilasohjausta annetaan yksilöohjauksena, jota toteutetaan suullisesti ja kirjallisesti hoidon eri vaiheissa. Potilasohjauksen tulisi sisältää enemmän tietoa uniapneasta, CPAP-hoidon vaikuttavuudesta ja sen tulisi olla riittävän perusteellista. CPAP-hoidon potilasohjausta tulisi antaa myös ryhmäohjauksena ja video-metodilla.

CPAP-hoidon potilasohjaus sujuu sairaanhoitajien kokemuksen mukaan hyvin, vaatien kuitenkin riittävästi aikaa ja enemmän resursseja. Kokemuksen karttuminen potilasohjauksesta lisää sairaanhoitajan valmiuksia potilasohjaukseen, jonka lisäksi CPAP-teknologiasta toivotaan riittävää ja säännöllistä koulutusta. Myös sairaanhoitajien keskinäinen kollegiaalisuus mahdollistaa oppimisen ja tiedonkulun.

CPAP-hoidon potilasohjauksen onnistumiselle tulisi luoda optimaalinen toimintaympäristö ja sen erityisiin vaatimuksiin tulisi paneutua huolellisesti. Sitä antava hoitohenkilökunta on potilaan CPAP-hoidon onnistumiselle merkittävässä asemassa. Opinnäytetyöllä kerätyllä tiedolla voidaan edistää CPAP-hoidon potilasohjausta ja sitä toteuttavaa hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta.

Asiasanat: Uniapnea-oireyhtymä, potilasneuvonta, ylipainehengitys

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Program in Wellbeing Technology
Master of Health care and Social Services

KARKIA, MILLA: Patient counselling of sleep apnoea CPAP- treatment described by the nurses
Master's Thesis, Pages 63, Attachments 4
September 2012

Purpose of this thesis was to find out nurses' experiences of sleep apnea treatment with CPAP patient education. The focus group was the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Skin and Allergy Hospital nurses. The research method was qualitative. The data was collected by using a questionnaire with open questions and it was analyzed with content analysis.

Patient education is given as individual counseling. It should contain more information about sleep apnea, about effectiveness of CPAP treatment, and the information should be sufficiently detailed. Group and the video method should be used in patient education.

Patient education of CPAP therapy is going well, according to the nurses' experiences. It requires sufficient amount of time and more resources. There is also need for adequate and regular training on CPAP technology.

For the successful patient education of the CPAP-treatment, an optimal environment should be created and for its' special requirements should be focused on carefully. The nursing staff giving the treatment, is in significant position for successful CPAP-treatment. With the information presented in this study, the CPAP therapy patient education and expertise of the nursing staff can be further improved.

Key words: Sleep apnea syndrome, patient education, continuous positive airway pressure

1 JOHDANTO

Suomalaisen kansallinen uniapneaohjelman 2002–2012 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) tavoitteiden mukaan, uniapnean hoidossa pyritään kustannustehokkuuteen, sairauden ilmaantuvuuden ja vaikeaa sairautta sairastavien sekä sairaalahoidon tarpeen vähenemiseen. Tehtäviksi asetettiin myös mahdollisimman monen uniapneaa sairastavan työ- ja toimintakyvyn säilyminen sekä tervehtyminen.

Suomalaisen uniapnean Käypä hoidon mukaan uniapnea on 40–65 vuotiaiden sairaus (Käypä hoito 2010). Suomessa on noin 150 000 uniapneaa sairastavaa potilasta, joista keskimäärin 15 000 potilasta sairastaa vaikeaa obstruktiivista uniapneaa, 50 000 potilasta keskivaikeaa ja 85 000 potilasta lievää uniapneaa. Keskivaikean ja vaikean obstruktiivisen uniapnean ensisijainen hoitomuoto on CPAP-hoito. CPAP tulee sanoista Continous Positive Airway Pressure tarkoittaen ylipainehengitystä. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3305–3311.)

Uniapnean CPAP-hoidon luomat haasteet ovat potilaille ja hoitohenkilökunnalle arkipäivää. Lahtinen (2008) selvitti tutkimuksessaan potilaiden kokemuksia CPAP-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tutkimuksensa jatkotutkimusaiheeksi Lahtinen esitti hoitohenkilökunnan näkökulmaa, jolloin Suomessa hoitotyön puolella vähän tutkitusta aiheesta saataisiin enemmän tietoa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta sairaanhoitajan kuvaamana. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta ja hyödyntää tutkimuksen tuloksia CPAP-hoidon potilasohjauksen kehittämiseen. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon hyvinvointiteknologian opinnäytetyön aiheekseni muotoutui uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus sairaanhoitajan kuvaamana.

2 HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIIRIN CPAP-HOIDON KÄYTÄNTEET IHO- JA ALLERGIASAIRAALASSA.

Vuodesta 2004 on Helsingin uniapneapotilaiden hoito vähitellen keskittynyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Iho- ja allergiasairaalaan (Verkkohusari 2008). Unitutkimuslaboratoriotoiminta alkoi sairaalassa syksyllä 2009. Uniapneapotilaita hoidetaan sairaalassa allergiapoliklinikalla ja uniyksikössä, jossa sijaitsee myös unitutkimuslaboratorio. CPAP-hoidon etäseurannan laitepurut ja hoidon seurantaan liittyvät sähköiset potilaskyselyt toteutetaan neuvonnan kautta. (Aalto 2011.) Sairaalan neuvonnasta potilaat saavat myös tarvitsemiaan varoimia CPAP-laitteistoon ja huollattavat laitteet (Potilasohje 2012; Kainu 2011, 9-10).

Unitutkimuksia tehdään kotona ja sairaalassa laajana sekä suppeana tutkimuksena (Uniyksikön potilasohjeet 2010). Sairaalan unitutkimuslaboratoriossa tehdään vuosittain laajoja unitutkimuksia noin 400 ja noin 300 suppeaa unitutkimusta (Aalto 2011). CPAP-hoito voidaan aloittaa unitutkimuslaboratoriossa yhden yön unitutkimuksella. Unitutkimuksen tulokset arvioi keuhkolääkäri, joka määrittää potilaan CPAP-hoidon yksityiskohdat. Unihoitaja luovuttaa vastaanotollaan potilaalle CPAP-laitteen ja antaa siitä ohjauksen. (Aalto 2012.) Yleisemmin CPAP-hoidon aloitus tehdään potilaan kotona AutoCPAP-laitteella, jolloin AutoCPAP-laite rekisteröi kolmesta viiteen vuorokauden ajan potilaan unta. Saadessaan laitteen kotirekisteröintiä varten potilas saa informaatiota CPAP-hoitoon liittyvistä asioista. Kotirekisteröinnin jälkeen potilaat palaavat sovitusti sairaalaan, jolloin CPAP-laitteen tallentama tieto puretaan, arvioidaan ja toimitetaan vielä keuhkolääkärin arvioitavaksi. (Samuli 2006; Aalto 2012.) Kotona tehdään noin 400 hoidon aloitusta vuodessa (Aalto 2011).

Potilaan toivotaan käyttävän CPAP-laitetta kontrollikäyntiin asti, joka on noin kahden kuukauden kuluttua CPAP-hoidon aloituksesta. Uniapnean CPAP-hoidon kontrollikäynnillä puretaan CPAP-laitteeseen käytön aikana kertynyt tieto sekä arvioidaan potilaan uniapnean oireita ja hoitoon sopeutumista. (Aalto 2012.) Unihoitajan vastaanotto toimii CPAP-hoidon kontrollikäyntinä, kun keuh-

kolääkäri siirtää seurantakäynnit itseltään unihoitajalle. Unihoitajalle varataan aika myös potilaan tilanteen sitä vaatiessa, esimerkiksi CPAP-hoidon vaatiessa kostutinta tai maskiongelmissa. (Aalto 2006, 2012.)

Keuhkotautienerikoislääkärin tai unihoitajan päätöksellä potilas siirtyy etäseurantaan, kun potilaan uniapnean CPAP-hoito sujuu hyvin. Etäseurannassa potilaat käyvät sovitusti purkamassa CPAP-laitteeseen kertyneen tiedot sairaalan neuvonnassa. Samalla potilaat vastaavat sähköisesti ESS, Quebec ja RAND-36 kyselyihin, joiden avulla arvioidaan potilaan väsymystä ja elämänlaatua. Etäseurantakäynnillä potilas ei tapaa hoitohenkilökuntaa. Potilaan etäkäynnin tietojen perusteella koulutettu unihoitaja tekee arvion hoidon sujuvuudesta sovittujen hoitokriteerien mukaisesti. Suurella osalla hoito sujuu ilman toimenpiteitä ja hoitaja lähettää potilaalle hoitopalautteen tuloksista. Noin kahdesta kolmeen prosenttia etäseurantapotilaiden hoidosta vaatii hoitajan tai lääkärin kannanoton, joko puhelimitse tai vastaanottokäynnillä. Vuonna 2011 etäseurantapotilaita oli 1095. (Kainu 2011, 9-10.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

3.1 Sairaanhoitaja ja teknologia

Hoitosuhde pohjautuu potilaan avuntarpeeseen. Se on vastavuoroista, tasavertaista ja tarvitsee aikaa syntyäkseen. Hoitajalle se on ammatillista viestintää. Hoitajan kiinnostus ja halu vuorovaikutukseen nähdään palveluhenkisytenä. Hoitajan tulee olla oikeudenmukainen ja kunnioittava. Hänen aktiivisuus ja aloitteellisuus on tärkeää. Hoitosuhteeseen voi sisältyä erilaisia tunteita, kuten potilaan pelkoa. Turvallinen ja luottamuksellinen potilassuhde on avoin, jossa sallitaan keskustelu hankalistakin asioista. Ymmärretyksi tuleminen ja hyväksyntä ovat potilaalle tärkeää. Turvalliseen hoitosuhteeseen voi sisältyä myös huumoria, mutta sen luonteen määrittelee potilas. Hoitosuhteessa on aina erityinen yksilöllinen dynamiikkansa. (Mikkola 2006, 154–171.)

Sairaanhoitajan tutkintoon kuuluvien opintojen laajuus on 210 opintopistettä (n.5670h). Opinnot suoritetaan ammattikorkeakoulussa ja ne kestävät 3,5 vuotta. Se on linjassa Euroopan unionin direktiivien kanssa ja on vaatimuksiltaan samanlainen kuin Euroopan muissakin maissa. Sairaanhoitajan työn harjoittaminen edellyttää monipuolista osaamista. Ammattikunnalta odotetaan hoitotieteen, farmakologian ja lääketieteen osaamista. Sairaanhoitajan tehtävänä on terveyden edistäminen, ylläpito ja sairauksien ehkäiseminen sekä hoitaminen. Sairaanhoitajan työ vaatii vankkaa eettistä ja ammatillista päätöksentekoa. Se on myös monikulttuurista ja kansainvälistä. Sen tavoitteena on potilaslähtöinen ja kokonaisvaltainen hoitotyö. Ammattikunnan asiantuntijuus pohjautuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja asiantuntijuutta pyritään kehittämään koko työuran ajan. (Sairaanhoitajaliitto, 2012.)

Hoiva-alan teknistymisestä huolimatta peruskoulutuksessa opetetaan hyvinvointiteknologian aihealuetta niukasti. Pitkän työkokemuksen alalta omaavat eivät välttämättä ole saaneet peruskoulutuksessaan opetusta teknologiasta lainkaan. Vuonna 2006 Lahden alueen toisen asteen oppilaitoksissa ja kahdessa ammattikorkeakoulussa tehtiin kysely sosiaali- ja terveysalan opettajille. Kyselyyn osallistuneista noin 70 % vastasi opettavansa teknologiaan liittyvää asiaa hyvin vähän tai ei ollenkaan. (Suhonen, Ahtiainen & Siikanen 2007, 21–27.)

Tekniikan nopea kehittyminen voi aiheuttaa tilanteita hoitotyössä, joita ei voida ennalta arvioida (Hiltunen 2007, 69). Laite- ja ohjelmistokouluttajat järjestävät usein aiheeseen liittyvän alkukoulutuksen. Ulkopuolisilla kouluttajilla voi olla vaikeuksia arvioida tarjoamansa koulutuksen lähtötasoa. Heidän voi olla myös vaikea löytää yhteistä kieltä koulutettavien kanssa, etenkin jos heillä itsellään ei ole hoitoalan työkokemusta. (Melkas, Raappanen, Rauma ja Toikkanen 2007, 55–58.)

Teknologian käyttöönotto vaatii perehdytystä. Perehdyttämisen tulisi olla sosiaali- ja terveysalalla jatkuvaa toimintaa, joten sen ei tulisi päättyä käyttöönotto-koulutukseen. Työntekijöiden erilaiset taidot ja heidän osaamisensa tulisi ottaa huomioon perehdytyksessä. (Melkas, Raappanen, Rauma ja Toikkanen 2007, 55–58.) Alueellisissa täydennyskoulutuksissa ja alan peruskoulutuksessa on

hoitohenkilökunnan teknologiaan kouluttaminen tärkeää. Teknologiaa tulisi käyttöönottaa aina käyttäjän ehdoilla. (Auranne & Sydänmaa 2007, 78–79.)

Tulevaisuudessa uniapnean hoitoon koulutettujen hoitajien tarve tulee lisääntymään. He ovat avainasemassa uniapnean hoidossa. (Tomlinson 2007, 49–56.) Hyvällä kouluttamisella ja tuella voidaan kokeneille hoitajille antaa uusia mahdollisuuksia kehittyä ja erikoistua urallaan. Koulutuksen myötä hoitajien vastuuta potilaan hoidossa voidaan lisätä. Hoitajien avulla voidaan lyhentää hoitoon pääsyn pitkää odotusaikaa, parantaa hoidon laatua ja lisätä tarvittavia palveluja. Tehtävien siirtojen myötä lääkäreiden työaikaa voidaan käyttää muihin tehtäviin. (Tomlinson & Gibson 2006, 391–397.)

3.2 Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista

CPAP-laitteistoa koskee lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden säädökset laitteiden luovutuksesta, ohjauksesta, huollosta ja seurannasta (Käypä hoito 2010). CPAP-laitteistosta vastuun kantaa aina sen luovuttanut yksikkö (Maasilta & Pietinaho 2004, 4701–4705).

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (2010/629) ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käytön turvallisuutta. Lakia sovelletaan terveydenhuollon laitteiden, tarvikkeiden ja niiden lisälaitteiden suunnitteluun, valmistukseen sekä toimenpidepakkausten ja järjestelmien kokoamiseen. Lakia sovelletaan myös laitteiden käyttöönottoon, asennukseen, huoltoon, steriloimiseen, ammattimaiseen käyttöön ja markkinointiin sekä jakeluun. (Finlex 2012.)

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (2010/629) 24 §:n mukaan laitteen käyttäjällä tulee olla turvalliseen käytön edellyttämä koulutus ja kokemus. Turvallisen käytön kannalta terveydenhuollon laitteessa tulee olla tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet. Laitetta tulee käyttää valmistajan ohjeistamaan käyttötarkoitukseen ja käyttöpaikka tulee olla laitteen käytölle sopiva. Laitteen läheisyydessä olevat muut laitteet, rakennusosat, rakenteet, varusteet, ohjelmistot ja

järjestelmät eivät saa häiritä laitteen toimintaa, potilaan, laitteen käyttäjän tai muun henkilön terveyttä. Laitetta saa huoltaa, asentaa ja korjata vain sen vaatiman ammattitaidon ja kokemuksen omaava henkilö. (Finlex 2012; Potilasturvallisuusopas 2011, 26.)

Terveystenhuollon yksikön tulee nimetä (2010/629) 26 §:n mukaan vastuuhenkilö, joka kantaa vastuun lain ja säädösten noudattamisesta. Terveystenhuollon yksiköllä tulee olla seurantajärjestelmä laitteiden ja niiden käytön turvallisuuden vuoksi. Seurantajärjestelmässä tulee olla tiedot terveystenhuollon yksikön hallinnassa olevista, käytössä olevista, edelleen luovutetuista ja potilaaseen asennetuista laitteista. Terveystenhuollon laitteet tulee olla jäljitettävissä. Seurantajärjestelmästä tulee ilmetä mahdolliset terveystenhuollon laitteisiin liittyvät vaaratilanteet ja että 24 §:n velvoitteista on yksikössä huolehdittu. Terveystenhuollon laitteisiin liittyvistä vaaratilanteista tulee (2010/629) 25 §:n mukaan ilmoittaa aina Valviralle, sen liittyessä laitteen käytön, ominaisuuksiin, suorituskäyvän poikkeavuuksiin, häiriöön, käyttöohjeisiin, riittämättömiin tai virheellisiin merkintöihin. (Finlex 2012; Potilasturvallisuusopas 2011, 26.) Valvira on sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Sen tehtävänä on hoitaa, valvoa ja ohjata sosiaali- ja terveystenhuollon toimintaa. (Valvira 2012.)

3.3 Uniapnea

Uniapneaa pidetään kansansairautena (Brander 2007, 49–52). Suomessa on noin 150 000 uniapneaa sairastavaa potilasta. Keskimäärin 15 000 potilasta sairastaa vaikeaa obstruktiivista uniapneaa, 50 000 potilasta keskivaikeaa ja 85 000 potilasta lievää tautia. Sairaus on alidiagnosoitu. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3305–3311.) Obstruktiivisessa, ahtaavassa uniapneassa nielu relaksoituu johtaen ylähengitysteiden tukkeutumiseen (Brander 2007, 49–5; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94). Hengityskatkoksien aikana veren happipitoisuus laskee ja aiheuttaa lyhyitä ei tiedostettuja havahtumisia unesta (Käypä hoito 2010). Sairaudessa hengitys voi estyä täysin ja silloin käytetään termiä apnea. Hypopnea tarkoittaa hengityksen osittaista tukkeutumista. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Käypä hoito 2010.)

Uniapnea voi olla obstruktiivinen, jolloin hengityskatkoihin liittyy aktiivisia hengitysyrityksiä ja sentraalinen, jolloin hengityskatkoksiin ei liity hengitysyrityksiä (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002). Sekamuotoinen uniapnea, mixed apnea on sentraalisen ja obstruktiivisen uniapnean yhdistelmä (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002).

3.3.1 Uniapnean oireet, altistavat tekijät ja riskit

Uniapnea oireilee pitkään ja hoitamatta oireet pahenevat ajan myötä (Anttalainen 2006, 2842–2845; Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002). Duodecimin uniapnean Käypä hoidon (2010) mukaan öisin koettuja oireita ovat kuorsaus, herääminen tukehtumisen tunteeseen, levoton yöuni, yöhikoilu, lisääntynyt virtsan erityys, närästys, suun kuivuminen, kuolaaminen ja unettomuus. Päivisin uniapneapotilasta vaivaa päiväväsytys (Anttalainen 2006, 2842; Brander 2007, 49–52; Käypä hoito 2010), päänsärky, keskittymisvaikeudet (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94), nukahtelu, muistihäiriöt, mielialahäiriöt (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2083-2087), heikentynyt libido ja yskä (Käypä hoito 2010).

Sairaudesta johtuen myös elämänlaatu laskee. Elämänkumppanin huomioiden unen laadusta on usein hoitoon hakeutumisen syynä. Elämänkumppanikin kärsii potilaan voimakkaasta kuorsauksesta ja hengityskatkoksista. Elämänkumppani voi olla hyvä tiedonlähde kartoitettaessa potilaan eri vuorokauden aikoina esiintyviä oireita. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94.)

Uniapnean merkittävä yksittäinen riskitekijä on lihavuus. Suomalaisen uniapnean Käypä hoidon (2010) mukaan uniapnea on 40–65 vuotiaiden sairaus. Henkilöistä joiden painoindeksi (BMI) on enemmän kuin 40 kg/m², sairastaa uniapneaa yli 50 %. (Käypä hoito 2010.)

Uniapnealle altistavia anatomisia tekijöitä voivat olla kasvojen ja leukojen epäsymmetria, kuten pienehkö alaleuka. Kielen ja nielurisojen koko, suulaen pituus ja velttous voivat kieliä siitä, että nielun uvula on venytynyt ja paksuuntunut aiheuttaen kuorsauksia. Nenän tukkoisuus, tulehdukset ja allergiat ylähengitysteis-

sä voivat pahentaa uniapnean oireita. Nenän tukkoisuuden syynä voi olla esim. polyypit, väliseinän vinous tai vanhat traumat. Myös kaulan rakenteeseen tulee kiinnittää huomiota uniapneaa tutkittaessa. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 89–94.)

Toistuva hapenpuute vaikuttaa elintoimintoihin. Uniapnea on sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä. Tähän liittyen äkkikuoleman vaara kasvaa. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3305; Käypä hoito 2010.) Hoitamaton uniapnea lisää myös riskiä joutua liikenneonnettomuuteen (Brander 2007, 49–52; Anttalainen 2006, 2842; Veasey 2010, 237). Uniapnea lisää tyypin kaksi diabeteksen ja ennen aikaisen kuoleman mahdollisuutta. Alkoholi, tupakka ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet voivat lisätä uniapneaa. Joillakin potilasryhmillä, kuten kilpirauhasen vajaatoimintaa sairastavilla on uniapnea yleisempää. (Käypä hoito 2010.)

3.3.2 Uniapnean tutkiminen

Uniapnean oireita mitataan erilaisin testein. Niitä käytetään apuna sairautta arvioitaessa. Epworthin uneliaisuuskyselyssä (ESS, Epworth Sleepiness Scale) potilas saa itse arvioida herkkyyttään nukahtaa kahdeksassa elämän eri tilanteessa. (Brander 2007, 49–52; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94.) Kanadassa uniapneapotilaita varten on kehitetty kysely (Quebec, QSQ, Quebec Sleep Questionnaire), jota käytetään potilaan uniapnean arvioinnin apuna (Moroni, Neri, Lucioni, Filipponi & Bertolotti 2011, 959–965). Yhdysvalloissa kehitettyä Rand-36- elämän laadunmittaria (RAND-36 Item Heath Survey) käytetään kroonisten sairauksien arvioinnissa, kartoittaen potilaan hyvinvointia ja toimintakykyä (Aalto, Aro & Tepperi 1999, 5-7). Päiväväsymystä arvioidaan myös viireystila- ja hereilläpysymistesteillä (Brander 2007, 49–52; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94).

Unitutkimuksessa unipolygrafiaalla tutkitaan mm. hengitysilman virtausta, hengitysliikkeitä, kuorsausääntä, saturaatiota eli veren happikylläisyyttä ja sykettä. Unipolygrafia voidaan tehdä suppeana tutkimuksena kotona ja suppeana tai

laajana sairaalan unilaboratoriossa. Sairaalassa laajan unipolygrafiaan kuuluu unenaikainen videoseuranta ja aivosähkökäyrien rekisteröinti, joista saadaan lisäinformaatiota potilaan tilanteesta. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94.)

Unitutkimukseen perustuen tiedetään potilaan unenaikaiset apneat ja hypopneat nukuttuun aikaan suhteutettuna, jolloin saadaan määritetyksi AHI eli apneahypopneaindeksi (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94). AHI-indeksi tarkoittaa hengityskatkojen ja alentuneen hengityksen vaiheiden määrää nukuttua tuntia kohden (Käypä hoito 2010; Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3305). AHI määrittää sairauden vaikea-, keskivaikea- tai lieväästeiseksi (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Käypä hoito 2010). Aikuisen obstruktiivisessa uniapneassa on vähintään kymmenen sekunnin mittaisia apneoitai hypopneoitai (Käypä hoito 2010). Vaikeassa uniapneassa on hengityshäiriöitä yli 30 tunnissa (Peltomaa 2009, 57–59).

Skomro ja hänen tutkijakollegansa (2010) ovat tutkineet Kanadassa kotona tehdyn suppean unitutkimuksen ja sairaalassa tehdyn laajan unitutkimuksen vaikutuksia potilaiden CPAP-hoitoon sitoutumiseen. He olettivat sairaalan unilaboratorion laajan unitutkimuksen antavan paremmat lähtökohdat potilaan uniapnean CPAP-hoidolle. Tutkijat eivät kuitenkaan löytäneet eroja kotona tehdyn ja sairaalan unilaboratoriossa tehdyn tutkimuksen vaikutuksesta potilaiden uniapnean CPAP-hoidon sopeutumiseen. (Skomro, Gjevre, Reid, McNab, Ghosh, Stiles, Jokic, Ward & Cotton 2010, 257–262.) Kotona tehty unitutkimus voi olla potilaalle miellyttävämpi kokemus kuin sairaalan unilaboratoriossa tehty. Sillä voi olla positiivinen vaikutus hoitoon sitoutumiseen. Uniapneapotilaiden kasvava määrä aiheuttaa paineita unitutkimuskeskuksissa, jolloin kotona tehty tutkimus voi vähentää hoitoon pääsemisen jonotusaikaa. (Lettieri, Lettieri & Carter 2011, 849–854; Garvey & MacNicholas 2010, 262–263; Mulgrew, Fox, Ayas & Ryan 2007, 157–166.)

3.3.3 Uniapnean hoito

Suomessa perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tehtävänä on ehkäistä uniapneaa. Niiden vastuulla on lievän ja keskivaikean uniapnean seuranta, hoito ja kuntoutus. Perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto tekevät yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on selvittää potilaan diagnoosi, ongelmallisten potilaiden hoito ja työkykyarviot. Keskivaikeaa ja vaikeaa uniapneaa epäiltäessä, potilaat ja etenkin ammattiautoilijat tulisi lähettää erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa potilas tutkitaan ja CPAP-hoito voidaan aloittaa tilanteen vaatiessa. Kela ja potilasyhdistykset huolehtivat uniapneaa sairastavien potilaiden kuntoutuksesta, sopeutumisvalmennuksesta ja vertaistuen järjestämisestä. Työelämässä olevat uniapnea potilaat voivat osallistua työkykyä ylläpitävään TYKY-kuntoutukseen. (Maasilta & Pietinaho 2004, 4701–4705.)

Vaikean ja keskivaikean uniapnean ensisijainen hoitomuoto on CPAP-hoito. CPAP tulee sanoista Continous Positive Airway Pressure tarkoittaen ylipainehengitystä. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3305–3311; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Käypä hoito 2010.) Uniapnean CPAP-hoidon saatavuuden vaikeus ja siihen liittyvät hoitojonot aiheuttavat potilaissa tyytymättömyyttä (Lahtinen 2008, 56). Suomessa suuressa osassa uniapneaa hoitavissa terveydenhuollon yksiköissä potilas saa kutsun CPAP-hoidon aloitukseen kolmen kuukauden kuluttua diagnoosin tekemisestä. Joissakin yksiköissä joudutaan hoidon aloitusta odottamaan yli kuusi kuukautta. Valtakunnallisen hoitotakuun nähdään tukevan hoitoon pääsyä. (Maasilta, Anttila, Polo, Franklin & Mäkelä 2006, 729–733.)

Potilaan uniapnean CPAP-hoidon hoidonseuranta tapahtuu alkuvaiheessa erikoissairaanhoidossa. CPAP-hoidossa tukea ja seuranta tarvitaan enemmän ensimmäisten hoitokuukausien aikana, joista huolehtivat erityiskoulutetut sairaanhoitajat. (Käypä hoito 2010.) Uniapnean CPAP-hoitoa saavat potilaat käyvät seurannassa usein 1-3 kuukauden päästä hoidon aloituksesta. Vuosikontrolli on yleisin tapa seurata potilaan selviytymistä sairautensa kanssa. Seuranta-

käynnit voivat olla unihoitajan vastuulla. (Maasilta, Anttila, Polo, Franklin & Mäkelä 2006, 729–733.)

Laihdutus ja saavutetun painon ylläpito on uniapnean merkittävä hoitomuoto. Laihtuminen voi vaikuttaa suotuisasti uniapnean oireisiin ja vaikeusasteeseen. Uniapneapotilaille tulisi järjestää ohjattua painonhallintaa ja sitä tulisi seurata ja tukea. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Veasey 2010, 238.) Potilaan aiemmat laihdutusyritykset tulisi kartoittaa. Laihdutusruokavalion toteuttamista tulisi ohjata lihavuudesta kärsivälle uniapneapotilaalle. Potilasohjausta olisi tärkeää antaa päivittäisien kalorien arvioinnissa ja eri liikuntalajien vaikutuksesta kalorien kulutukseen. Uniapneaa sairastavan potilaan tulisi ymmärtää painon laskun merkitys hänen terveydelleen ja sen vaikutus uniapneaan. (Veasey 2010, 238.)

CPAP-hoidon lisäksi uniapneaa voidaan hoitaa tarvittaessa uniapneakiskolla, ylähengitysteiden-, leuanalueen- ja laihdutuskirurgialla (Käypä hoito 2010). Lievän uniapnean hoitona voidaan kokeilla asentohoitoa. Asentohoidossa pyjaman selkään ommellaan tasku tennispallolle, joka ehkäisee selinmakuulla nukkumista. (Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002, 41; Park, Ramar & Olson 2011, 552.)

3.4 CPAP-laitteet

CPAP-laitteita on runsaasti erilaisia ja erilaisilla ominaisuuksilla varusteltuna (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3306). CPAP-hoitoa voidaan toteuttaa vakio-paineisella tai itsestään painetta säättävällä laitteella, AutoCPAP-laitteella (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3306; Käypä hoito 2010). Ajan myötä kehitystyön ansioista, CPAP-laitteet ovat pienentyneet, keventyneet ja hiljentyneet aiempiin malleihin verrattuna (Park, Ramar & Olson 2011, 551–552).

CPAP-laite hoitaa tehokkaasti uniapneaa (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94). CPAP-laite asetetaan potilaan sängyn viereen. CPAP-laite antaa potilaalle ylipaineista ilmaa maskin kautta potilaan hengitysteihin, jolloin ylipaine

pitää potilaan hengitystiet avoinna hänen nukkuessa. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3305–3311; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94; Käypä hoito 2010; McCabe & Hardinge 2011, 36–41.)

Potilaan nukkuessa unilaboratoriossa hoitohenkilökunta säättää vakiopaineisen CPAP-laitteen painetta tarpeen mukaan asteittain suuremmaksi, kunnes toivottu hoitovaste saavutetaan potilaan uniapnean hoidossa. Potilas jatkaa hoitoa unilaboratoriossa selvitettyllä paineella kotona. AutoCPAP-laite eli vaihtuvapaineinen laite tunnistaa potilaan hengitysvirtauksen vaihtelut automaattisesti laitteen sisään rakennettujen anturien avulla. Laite säättää itse paineen sopivaksi laitteeseen määriteltujen minimi- ja maksimi paineen rajoissa. CPAP-laite tuottaa raportin, jonka avulla voidaan arvioida painetasojen sopivuutta potilaalle. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308.)

Uniapnean laitehoitoon sopeutumisessa AutoCPAP-laite voi olla miellyttävämpi potilaille, joiden uniapnean hoitoon tarvittava hoitopaine vaihtelee (Nosedá, Kempenaers, Kerkhofs, Braun, Linkowski & Jann 2004, 31–37; Park, Ramar & Olson 2011, 552). Potilaan väsymyksellä mitattaessa AutoCPAP-laitteen käytön hyödyt voivat olla näillä potilailla parempia kuin vakiopaineisen CPAP-laitteen (Nosedá, Kempenaers, Kerkhofs, Braun, Linkowski & Jann 2004, 31–37). AutoCPAP-laite ei aina kuitenkaan anna odotettuja hyötyjä, koska se ei aina lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon tai helpota väsymystä. Hoito vaihtuvapaineisella AutoCPAP-laitteella voi olla kalliimpaa kuin vakiopaineisella CPAP-laitteella. (Bakker & Marshall 2011, 1322–1330.) AutoCPAP-laitteen paineen vaihtelu voidaan kokea myös unta häiritsevänä tekijänä (Weaver & Grunstein 2008, 176).

Ramp eli paineen viive on CPAP-laitteeseen määriteltä totuttelu-aika, jonka aikana CPAP-laite nostaa paineen potilaan omalle hoitopainetasolle. Viive helpottaa nukahtamista, mutta liian pitkäksi määriteltä viive voi johtaa uniapnean alihoidon. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308.)

Pressure Relief on CPAP-laitteen toiminto, joka helpottaa uloshengitystä. Toiminto laskee hoitopainetta 1-3 cmH₂O (vesisenttiä) uloshengityksen ajaksi. Sitä voidaan käyttää sekä vakiopaineisessa että AutoCPAP-laitteissa. Uloshengityksen päättyessä laite nostaa paineen takaisin hoitotasolle. (Aalto, Maasilta &

Bachour 2008, 3307–3308; Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 346–347.)

Automaattinen käynnistys on toiminto, jolla CPAP-laite käynnistyy itse kun maski laitetaan kasvoille ja lopettaa paineilman puhaltamisen, kun maski otetaan pois kasvoilta (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308).

Joissakin CPAP-laitteissa on Mask Fit toiminta, jonka avulla CPAP-laite antaa maskin istuvuuden ilmavuodon määrän numeraalisesti, asteikolla 0-5, laitteen kuvaruudulle. Maski istuu sitä paremmin, mitä suurempaa arvona kone sen ilmoittaa. Maskin hyvä istuvuus on tärkeää hoidon onnistumiselle. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308.)

Ilmankostutin on laite, jossa on vesisäiliö, joka liitetään CPAP-laitteeseen. Kostutin lämmittää ja kostuttaa paineilmaa. Se voi helpottaa nenän tukkoisuutta ja ylähengitysteiden limakalvojen liiallista kuivumista. CPAP-laitetta ei tule liikutella jos kostuttimessa on vettä ja kuljetuksen aikana vesisäiliön on oltava tyhjä. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308.)

CPAP-laitteessa on muisti, johon tallentuu tietoa laitteen käytöstä laitteen mallista riippuen. Muisti kerää tietoa esimerkiksi käyttötunneista, AHI:sta, paineen tasosta, käyttöprofiilista, ilmavuodosta ja maskin sopivuudesta. Parhaimmillaan muistiin mahtuu vuoden tiedot. AHI arvojen muutos kertoo CPAP-hoidon tehokkuudesta. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308.)

3.5 CPAP-maskit

CPAP-hoidossa käytettäviä maskeja on monenlaisia (Käypä hoito 2010). Eri valmistajilta löytyy runsaasti vaihtoehtoisia maskimalleja ja kokoja (Vitikainen & Tanskanen 2010, 1-50). Markkinoilta voidaan löytää yli 100 erilaista maskia (Park, Ramar & Olson 2011, 551). Maskien kehityksen on odotettu parantavan uniapnea potilaiden maskien käyttöön sopeutumista (Weaver & Grunstein 2008,

174; Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 346; Garvey & McNicholas 2010, 260).

Nenämaskeja on sierainten sisäpuolelle ja ulkopuolelle asetettavia. Kasvoille tulevissa maskeissa, peittyy nenä ja suu tai koko kasvot. On olemassa myös pelkästään suuhun tuleva maskeja. Maski voi olla yksilöllisesti muotoiltu tai yksilöllisesti skannattu. Tällä hetkellä maskit ovat kevyitä, pehmeitä ja säädettäviä. Niissä on geelityynyjä ja silikoniosia, jotka tuovat käyttömukavuutta CPAP-hoitoon. Myös silikoniallergisille löytyy vaihtoehto. CPAP-hoidossa maski laiteetaan päähän käyttäen apuna erimuotoisia ja -kokoisia remmejä. Osa maskityynyistä ja pääremmeistä muotoutuu kasvojen muodon mukaiseksi. Maskit ovat helppo koota. CPAP-hoidon maskiongelmien esiintyessä koko maskia ei aina tarvitse vaihtaa, koska niihin voidaan vaihtaa yksittäisiä osia. (Vitikainen & Tanskanen 2010, 1-50.)

3.6 Potilaan sitouttaminen uniapnean CPAP-hoitoon

CPAP-hoidon aloitus on monelle potilaalle elämäntavan muutos. Hoitoa aloitettaessa CPAP-hoidosta tulee keskustella asianmukaisesti potilaan kanssa. Potilas sopeutuu hoitoon paremmin, kun hänellä on realistinen kuva hoidosta. Potilaan sopeutuminen hoitoon ja oireiden helpottuminen vie kuitenkin aikaa. (Chiappetta 2008, 16–21.) Mitä pidempään CPAP-hoitoa käytetään, sitä parempi hoitotulos voidaan saavuttaa. Öisin suositellaan vähintään neljän tunnin yhtenäistä käyttöä. (Käypä hoito 2010.)

Potilaan CPAP-hoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa viestinnällä. Potilasohjaus voidaan antaa painottaen sairauden haitallisia vaikutuksia potilaan tilanteeseen tai se voidaan esittää painottaen hoidon etuja potilaalle. USA:ssa tehdysä tutkimuksessa (2011), potilaat saivat kuukauden ajan potilasohjausta joko positiivisiin tai negatiivisiin asioihin painottaen. Potilaille annettiin sairaalan protokollan mukainen potilasohjaus, jonka lisäksi näytettiin lyhyt video CPAP-hoidosta sekä annettiin puhelimitse CPAP-hoidon potilasohjausta standardin kaavan mukaan. Puhelimessa tapahtunut potilasohjaus ei ollut interaktiivista.

Potilaan halutessa keskustella hoitoon liittyvistä asioista, hänet ohjattiin ottamaan yhteyttä häntä hoitavaan terveydenhuollon yksikköön. Tutkimuksen tuloksen mukaan negatiivisesti asioita esittämällä potilaat sitoutuvat paremmin uniapnean CPAP-hoitoon. Riskien ja hyötyjen esittäminen voi olla uniapnean potilasohjauksessa tärkeää ja sen myötä on merkityksellistä miten informaatio potilasohjauksessa esitetään. (Trupp, Corwin, Ahijevych & Nygren 2011, 38–52.)

Potilaan sosiaalisen verkoston vaikutuksen merkitys tulisi huomioida potilaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaat, joiden ympäristö tukee CPAP-hoidon toteuttamista, sopeutuvat paremmin hoitoon. Potilaan elinkumppanin sitoutuminen potilaan hoitoon on tärkeää. Kumppanin tuki ja sitoutuminen auttaa uniapneapotilasta hyväksymään CPAP-hoidon sairauden hoitomuodoksi. (Lahtinen 2008, 54-55; Weaver & Grunstein 2008, 175; Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 348; Sawyer, Deatricks, Kuna & Weaver 2010, 884-886.)

Vertaistukea voidaan käyttää uniapnean CPAP-hoitoon sopeutumisen apuna. Sosiaalinen tuki ja kokemusten jakaminen samaa sairautta sairastavien kanssa voi edistää CPAP-hoitoon sopeutumisessa. Potilaan tulisi uskoa omaan selviytymiseen, sillä se auttaisi potilasta CPAP-hoidon sopeutumisprosessissa. (Sawyer, Deatricks, Kuna & Weaver 2010, 884–889; Lahtinen 2008, 54.) Internetin keskustelufoorumit voivat olla tärkeitä vertaistuen muotoja uniapnean CPAP-hoidossa (Lahtinen 2008, 54).

CPAP-hoidon potilasohjausta voidaan toteuttaa ryhmäohjaustuokioina. Se on koettu lupaavaksi mahdollisuudeksi uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksessa. Sen avulla voidaan kehittää potilaan omahoidon taitoja ja vaikuttaa potilaan tietoihin uniapneasta sairautena. Uniapnean CPAP-hoidon potilasryhmäohjaus tulisi toteuttaa pienissä ryhmissä. Potilaiden elinkumppani olisi myös tervetullut ryhmään läheisen uniapnean sairauden hoidon tueksi. (Broström, Strömberg, Ulander, Frilund, Mårtensson & Svanborg 2009, 324; Lahtinen 2008, 53.) Potilasohjauksessa eri ohjausmetodien käytöllä voidaan mahdollistaa potilaan oppiminen. Ryhmäohjauksessa voidaan käyttää kirjallista informaatiota, suullista informaatiota, videoita uniapneasta, liitännäissairauksista ja elämäntavoista.

Ryhmässä voidaan antaa myös käytännön ohjausta CPAP-hoidosta ja sen sivuvaikutuksien ehkäisystä sekä hoidosta. (Broström, Strömberg, Ulander, Fridlund, Mårtensson & Svanborg 2009, 324.)

Sparrow ja hänen kollegansa (2012) ovat käyttäneet telelääketieteen mahdollisuuksia tutkimuksessaan parantaakseen potilaiden motivaatiota uniapnean laitehoitoon. Telelääketieteen keinoin annettu tuki oli lisännyt 30 %: lla potilaiden CPAP-laitteiston käyttöä uniapnean hoidossa. Tutkimukseen osallistuneet potilaat soittivat viikoittain telelääketieteen palveluun, johon he ilmoittivat kokemiinsa uniapnean oireita, kokemuksia CPAP- hoidosta, laitteen käyttöajan tunteina yhden yön aikana ja kuinka monena yönä olivat hoitomuotoa käyttäneet. Telelääketieteen avulla potilaat saivat kannustusta CPAP-hoitoon ja hoidon ongelmatilanteissa heidät ohjattiin ottamaan yhteys hoitavaan lääkäriin. Hoitavalle lääkärille lähetettiin viikoittain raportti potilaan hoidon sujuvuudesta ensimmäisen kuukauden aikana ja sen jälkeen kerran kuukaudessa vuoden ajan. Hoitava lääkäri sai ensimmäisen hoitokuukauden aikana raportin myös tilanteissa, jos potilaan CPAP-laitteen käyttö oli ollut vähäistä tai sivuvaikutukset kuten esimerkiksi maskiongelmien, kurkun ja nenän kuivuminen, ahtaanpaikankammo tai ilman nieleminen häiritsevät hoitoa. Myös potilaan keskeyttäessä CPAP-hoidon hoitavaa lääkärää informoitiin asiasta. (Sparrow, Almia, DeMolles, Gottlieb 2012, 1061- 1066.)

Telelääketieteen avulla voidaan tukea ja kannustaa potilaan selviytymistä CPAP-hoidossa. Telelääketiede voidaan nähdä kustannustehokkaana uniapnean potilasohjaus keinona. (Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 350; Sparrow, Almia, DeMolles, Gottlieb 2012, 1061- 1066.) Eri-tyisesti yksin asuville tai henkilöille, joilla on heikko sosiaalinen verkosto, telelääketieteen keinoin tuotettu tuki on hoidon kanssa kamppailtaessa vartenotettava mahdollisuus. (Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 350.)

Lahtisen tutkimuksessa (2008) selvitettiin CPAP-hoidon potilasohjauksen potilaan näkökulmaa. Henkilökunnan ammattitaitoinen ja suunnitelmallinen CPAP-hoidon potilasohjaus ovat tärkeitä asioita potilaan hoidossa. Potilasohjauksen tulisi olla ymmärrettävää ja selkeää. Potilaat tarvitsevat potilasohjauksessa an-

nettua enemmän tietoa CPAP-hoitoon liittyvistä asioista. CPAP-hoidon ohjaukselle potilaat toivoivat riittävästi aikaa ja ilmapiirin toivottiin olevan miellyttävä. Hoitohenkilökunnan pysyvyys koettiin tärkeäksi. (Lahtinen 2008, 50–52.)

Potilaan CPAP-hoidon ohjaukseen tulisi käyttää riittävästi aikaa, jotta potilaan huolenaiheisiin ja mahdollisiin CPAP-hoidon ongelmiin voidaan löytää sopiva ratkaisu. Näillä keinoilla mahdollistetaan hoidon onnistuminen. (Bollig 2010, 1235; Lahtinen 2008, 50–52.) Asianmukainen potilasohjaus teknisissä asioissa vaikuttaa paljon hoitoon sitoutumiseen (Chiappetta 2008, 16–21). Intensiivinen tuki ja rohkaisu lisäävät CPAP-laitteen käyttöä. Lyhyellä CPAP-hoidon ohjaustuokiolla ei saavuteta aktiivisempaa laiteen käyttöä, kuin mitä normaalilla seurantakäynnin yhteydessä annetulla ohjauksella. (Smith, Nadig, & Lasserson 2009, 11–13.) Kuitenkin käyttäytymisterapiaan pohjaavalla potilasohjauksella voidaan saavuttaa parempia tuloksia (Käypä hoito 2010; Smith, Nadig & Lasserson 2009, 2296–2297; Bollig 2010, 1233). Lisäksi säännöllisellä seurannalla voidaan tukea CPAP-laite hoitoon sopeutumisessa (Bollig 2010, 1233).

Saksalainen tutkimusryhmä selvitti (2009) uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen vaikutuksia CPAP-hoitoon sitoutumiseen, kun potilaat olivat käyttäneet CPAP teknologiaa sairauden hoidossa pidemmän aikaa. Potilaille kerrottiin uniapnean liitännäissairauksista, CPAP-hoidon vaikutuksista ja oikeanlaisesta CPAP teknologian käytöstä. Heille esiteltiin eri keinoja ehkäistä sivuvaikutuksia ja annettiin käytännön "vinkkejä" sekä kerrottiin vaihtoehtoisista hoitomuodoista. Ohjausta annettiin luennoiden ja käyttäen tietokoneelta näytettävää esitystä, jossa oli mukana kuva- ja videomateriaalia aiheesta. Luennoille osallistuneille jaettiin lopuksi esite, johon käytyt asiat oli koostettuna. Tutkimus osoitti, että pidemmän ajan kuluttua CPAP-hoidon aloituksesta voidaan uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa potilasohjauksella positiivisesti ja sitä kautta vähentää uniapnean oireita. Tulevaisuudessa voitaneen CPAP-hoidon potilasohjausta tarjota internetin välityksellä. (Fuchs, Pittarelli, Hahn & Ficker 2009, 32–37.)

3.7 Uniapnean CPAP-hoidon haasteet

Vuosien ajan tutkijat ovat pyrkineet tunnistamaan uniapnean CPAP-hoidon sopeutumiseen vaikuttavia tekijöitä. CPAP-hoitoon sopeutuminen on monen asian kokonaisuus, ei vain yksittäisen aina tunnistettavan asian lopputulos. Uniapnean CPAP teknologia on kehittynyt vuosien aikana. Usein kehityksen kiihdyttäjänä on ollut hoitoon heikosti sopeutuneet potilaat. (Weaver & Sawyer 2010, 247, 252.) Uniapneapotilaista 60–80% sopeutuu CPAP-hoitoon (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88–94). Potilaat, joilla uniapnean oireet ja vointi paranee selvästi CPAP-hoidon myötä, sitoutuvat parhaiten CPAP-hoitoon (Weaver & Grunstein 2008, 175; Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 348; Sawyer, Deatrck, Kuna & Weaver 2010, 884–886).

Potilaiden kyvyt selviytyä henkisen paineen alla vaihtelevat (Lahtinen 2008, 52). Alkuvaiheen kokemukset voivat vaikuttaa potilaan CPAP-hoitoon sopeutumiseen. Potilaan positiivinen kokemus unitutkimuksen CPAP-hoidosta voi olla tärkeä motivaation lähde uniapnean CPAP-omahoidossa. (Sawyer, Deatrck, Kuna & Weaver 2010, 883.) Potilaan omia voimavaroja ja omaa aktiivisuutta tulisi hyödyntää hoidon toteutuksessa, sillä potilaan oma aktiivisuus hoidon sopeutumisprosessissa voi vaikuttaa CPAP-hoidon kanssa selviytymiseen. Potilaan oma suunnitelmallinen ja päättäväinen ongelmien selvittäminen edistää hänen CPAP-hoitoon sopeutumista. (Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 347; Sawyer, Deatrck, Kuna & Weaver 2010, 883–889.) Uniapnean oireet voivat vaikuttaa potilaan kykyyn oppia asioita. Uniapneapotilas voi olla kärsinyt väsymyksestä pitkään, jolloin mieliala voi olla masentunut ja kognitiiviset toiminnot voivat olla haastavia. CPAP-hoidon oppimista tulisi tukea ja potilaita tulisi motivoida uniapnean hoitoon. (Broström, Strömberg, Ulander, Fridlund, Mårtensson & Svanborg 2009, 324.)

CPAP-hoidon sopeutumiseen vaikuttavat hoidon sivuvaikutukset. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (2009) hoitohenkilökunnalta ja potilailta kyseltiin CPAP-hoidon sivuvaikutuksista. Molempien mielestä yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat nenän tukkoisuus, CPAP-maskin vuoto, kurkun kuivuminen ja epämiellyttävä maskin painaminen. Hoitohenkilökunta koki potilaita enemmän sivuvaikutuksien aiheut-

tavan vaikeuksia uniapnean hoidossa. Potilasohjausta annettaessa voidaan CPAP-hoitoa kuvata vaativammaksi, kuin miten potilaat sen kokevat. (Broström, Strömberg, Ulander, Fridlund, Mårtensson & Svanborg 2009, 228–235.)

Huono maskin istuvuus johtaa CPAP-hoidon huonoon sietoon. Potilaan kasvojen muoto tulee arvioida ja mitata huolellisesti maskia valittaessa. (Chiappetta 2008, 16–21; Lahtinen 2008, 56; Vitikainen & Tanskanen 2010, 1-50.) Maskin tiiviyyden saavuttamisen kanssa voi parta tai sänki aiheuttaa ongelmia. Maskin remmien säätämisen ohjaus potilaalle on tärkeää, koska maskin remmit voivat olla liian löysällä tai kireällä. Molemmissa tapauksissa voi seurauksena olla ilmavuotoa. (Vitikainen & Tanskanen 2010, 1-50.) Potilaan silmät voivat oireilla CPAP-hoidossa maskin ilmavuodon vuoksi (Basner 2007, 1755). Maskin kuntoa tulee tarkastella (Vitikainen & Tanskanen 2010, 1-50). Likainen maski voi aiheuttaa potilaalle iho-ongelmia, ärsytystä ja ihorikkoja kasvoihin (Chiappetta 2008, 16–21 ; Basner 2007, 1755). Ihorikot ovat mahdollisia maskin painaessa kasvoja, erityisesti nenän päältä (Basner 2007, 1755; Tomlinson 2007, 49–56).

Uniapneapotilaiden suun kautta hengittäminen voi johtaa huonoon CPAP- hoitoon sitoutumiseen (Bachour & Maasilta 2004, 1248–1254; Lahtinen 2008, 54). Usein CPAP-hoidon toteuttaminen nenämaskin kautta jo vähentää suun kautta hengittämistä, mutta uuden hengitystavan oppiminen voi olla hankalaa. Suun kautta hengittämään tottuneita potilaita hoidettaessa CPAP-laitteella nenämaskilla, CPAP-laitteen uniapnean hoidoksi antama paine voi hävitä suun kautta ilmavuotona. Asia olisi hyvä huomioida CPAP-hoitoa suunniteltaessa uniapneapotilaalle. (Bachour & Maasilta 2004, 1248–1254.)

Klaustrofobia eli ahtaanpaikan kammo voi olla CPAP-maskien ja siten koko hoidon siedon haasteena (Weaver & Grunstein 2008, 175). Klaustrofobian oireet voivat kuitenkin ajan myötä heikentyä, jos CPAP-laite hoitoa siitä huolimatta kyetään jatkamaan (Sawyer, Gooneratne, Marcus, Ofer, Richards & Weaver 2011, 347). Maskia valittaessa tulee huomioida klaustrofobia oireet ennalta ehkäisevästi (Park, Ramar & Olson 2011, 551). Lääkärin kanssa tulisi keskustella, jos potilas ei sopeudu valittuun maskiin ja miettiä muita mahdollisia maskivaihtoehtoja potilaan hoitoon sopeutumisen edistämiseksi (Chiappetta 2008, 16–21).

Nenän tukkoisuus voi vaikuttaa CPAP-hoidon sietoon negatiivisesti. Potilaan nenän tukkoisuus voi olla syynä koko hoidosta vetäytymiseen. (Weaver & Grunstein 2008, 175.) CPAP-hoidossa CPAP-laite puhalttaa ilmaa paineella, joka voi ärsyttää nenän limakalvoja ja aiheuttaa nenän tukkoisuutta. Nenän limakalvoja voidaan hoitaa erilaisilla nenänhoitotuotteilla, joskus steroidinenäsuihke voi olla tarpeellinen. (Chiappetta 2008, 16–21; Käypä hoito 2010; Lahtinen 2008, 54; Park, Ramar & Olson 2011, 552–553; Tomlinson 2007, 49–56.) Nenän limakalvojen hoitoon voidaan antaa suullista ja kirjallista potilasohjausta (Lahtinen 2008, 54).

Lääkärin määräyksen mukaan voidaan laitteeseen liittää ilmankostutin. Kostutin lämmittää ja kosteuttaa ilmaa. Potilasta tulee aina ohjata kostuttimen käytössä. (Chiappetta 2008, 16–21; Käypä hoito 2010.) Kostutin voi parantaa nenän tukkoisuudesta ja kuivuudesta kärsivien potilaiden hoitomyöntyvyyttä (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3306–3308; Tomlinson 2007, 49–56). Kostutinta käytettäessä voi vettä kondensoitua letkuun, joka tukkii ilman virtausta pitäen kurluttavaa ääntä. Vesi voi myös valua potilaan nenään tai CPAP-laitteeseen letkusta. Tilanteen ehkäisemiseksi CPAP-laite sijoitetaan potilaan pään tasoa matalammalle ja säädetään makuuhuoneen lämpötilaa tarvittaessa korkeammaksi. Markkinoilla on myös sähköisesti lämmittävää letkustoa, jolloin ei edellä mainittua tilannetta synny. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3306–3308.)

Asianmukainen hygienian ohjaus on tarpeen CPAP-hoitoa aloitettaessa. CPAP-laitteessa on ilmansuodatin, joka tulee vaihtaa aika ajoin. Maski, ilmaletku ja ilmankostuttimen vesisäiliö tulee puhdistaa huolellisesti. CPAP-välineiden bakteerit voivat aiheuttaa hengitystieinfektioita, jos välineitä ei huolleta säännöllisesti. Potilaalle tulee antaa kirjallisena laitekäsikirja, CPAP-laitteiston puhdistusohjeita ja muita tärkeitä suosituksia. (Chiappetta 2008, 16–21.)

CPAP-laite puhalttaa ilmaa kovalla paineella potilaan hoidon sitä vaatiessa, siitä johtuen potilas voi siirtää nukkuessaan maskin pois kasvoilta. Paine tuntuu potilaasta epämiellyttävältä ja voi johtaa vähitellen potilaan hoidosta luopumiseen. (Donohue 2010, 49–50; Basner 2007, 1751–1758.) CPAP-laitteessa voi olla ominaisuutena Pressure relief toiminto, jolla voidaan tehdä uloshengityksestä potilaalle helpompaa (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308).

Joskus potilaan nukahtaminen on täydellä hoitopaineella vaikeaa. CPAP-laitteessa voi löytyä ramp-toiminto, jolla CPAP-laitteen painetasoa voidaan helpottaa nukahtamisen ajan. Yleensä säädetään noin 20 minuutin viive nukahtamiselle. (Basner 2007, 1751–1758; Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3307–3308.)

Vatsa ja suoliston alueen turvotusta voi esiintyä, jos potilas nielee CPAP-laitteen hoidossa tuottamaa paineilmaa (Basner 2007, 1751–1758). Myös CPAP-laitteesta aiheutuva melu, voi häiritä potilaan tai hänen kumppanin nukkumista (Tomlinson 2007, 49–56; Lahtinen 2008, 54). CPAP-laitteet ovat kuitenkin hiljentyneet vuosien kehitystyön myötä (Park, Ramar & Olson 2011, 551–552).

4 OPINNÄYTTEEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajan kokemuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Millaista on uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus sairaanhoitajan kuvaamana?
2. Millaisena sairaanhoitajat kokevat uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksensa toteutuvan tällä hetkellä?
3. Miten sairaanhoitajan toteuttamaa uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta tulisi kehittää?

5 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA AINEISTON ANALYYSI

5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen periaattein. Tässä opinnäytetyössä aihetta lähestyttiin laadulliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan induktiivisesti (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24; Kylmä & Juvakka 2007, 22–31, 113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51, 131; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108; Maxwell 2005, 80). Laadullisen tutkimuksen perustana on ihminen, hänen elinympäristönsä ja niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16–31). Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella on mahdollista lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Ilmiön hahmottamiseen tarvitaan usein ihmisen omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 52.) Laadullinen tutkimus on aina kontekstiin eli henkilöiden todellisuuteen sidoksissa. Todellisuus esiintyy eri ihmisille erilaisena. (Kylmä & Juvakka 2007, 28.)

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Iho- ja allergiasairaalan uniapnean hoitoon osallistuvat sairaanhoitajat, jotka olivat tehneet uniapnean hoitotyötä yli puoli vuotta. Laadukas aineisto kerätään kohderyhmältä, jolla on tietoa tutkimuksesta ja tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 80–83; Kylmä & Juvakka 2007, 26). Opinnäytetyön kriteerit täyttävien sairaanhoitajien tiedot opinnäytetyön tekijä sai nimelistana opinnäytetyön työelämäohjaajalta. Opinnäytetyöntekijä esitteli opinnäytetyön aihetta osastokokouksessa ennen aineistonkeruuta, jolloin informaatio tavoitti lähes koko kohderyhmän.

Aineistonkeruu tapahtuu laadullisessa tutkimuksessa mahdollisimman avoimin menetelmin (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Laadullinen tutkimus ei välttämättä tarkoita läheistä yhteyttä kohderyhmään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 180-191). Tutkimusaineistonkeruu voidaan tehdä erilaisilla kirjallisilla dokumenteilla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84). Opinnäytetyön aineistonkeruu tapahtui kyselylomakkeella, jossa oli avoimia kysymyksiä. Avointen kysymysten kautta ilmiön todellisuus mahdollistettiin, vaikuttamatta siihen ohjailevasti. (Foddy

2003, 129.) Avoimet kysymykset antoivat henkilölle mahdollisuuden kertoa, mitä hän todella ajatteli asiasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 188191).

Sähköpostia voidaan käyttää laadullisen tutkimuksen tiedonkeruussa. Menetelmänä se toimii rajatuissa tilanteissa. Sähköpostin etuna on nopea ja vaivaton saavutettavuus ja aineiston kerääminen kirjalliseen muotoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 104.) Sähköposti on ollut luonnollinen tiedotuskanava osastojen asioiden viestinnässä. Sähköpostitse sairaanhoitajille lähetettiin osallistumiskutsu, jonka liitteenä oli kyselylomake. Kyselyn vastaukset kohderyhmän sairaanhoitajat toimittivat nimettömänä HUS, Iho- ja allergiasairaalan allergiapäiväosasto kahdelle, niille varattuun palautuslaatikkoon. Nimettömien vastauksien avulla tutkimuksen kohderyhmä pysyi anonyymina. Opinnäytetyöntekijä ei missään vaiheessa saanut tietää keneltä vastaukset tulivat.

Opinnäytetyöntekijä teki yhteistyötä kohderyhmän kanssa lähes päivittäin työtovereina osastolla ja poliklinikalla. Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikutti aiempi yhteistyö kohderyhmän kanssa. Aineistonkeruumenetelmällä pyrittiin ehkäisemään tutkijan ja tutkittavan aiempien yhteisten kokemusten vaikutukset. Valinnoilla tavoiteltiin mahdollisimman vähäistä ennakkoasettelua ja johdattelua opinnäytetyön aineiston keruuseen. Muulla aineistonkeruumenetelmällä, kuten haastattelulla, olisi yhteinen historia kohderyhmän kanssa saattanut vaikuttaa asiaan. Opinnäytetyön tekijä pyysi kohderyhmän jäseniä olemaan keskustelematta vastauksistaan opinnäytetyön tekijän kanssa, kunnes opinnäytetyö olisi valmistunut, jotta näillä keskusteluilla ei olisi vaikutusta vastauksien anonyymiyteen ja lopulta opinnäytetyön tuloksiin. Koko opinnäytetyön keskeneräisyyden aikana ei opinnäytetyön tekijä keskustellut kohderyhmän jäsenten kanssa opinnäytetyön sisällöstä.

Opinnäytetyön avoimet kysymykset esiteltiin opinnäytetyön aihealueeseen perehtyneillä henkilöillä. Pilottitutkimuksella voidaan aiheita ja menetelmää esitellä, jolloin selviää niiden toimivuus ilmiön tutkimisessa (Foddy 2003, 185–186; Maxwell 2005, 56–58). Pilottitutkimus tehtiin kohderyhmää pienemmällä joukolla. Sillä selvitettiin saadaanko menetelmällä aineistosta opinnäytetyön tutkimustehtäviin vastauksia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 154; Foddy 2003, 185–186.) Pilottitutkimukseen kutsuttiin neljä henkilöä, joista puo-

let oli kohdesairaalassa uniapnean parissa aiemmin työskennelleitä henkilöitä ja kaksi heistä työskenteli muualla Suomessa erikoissairaanhoidossa. Vastauksia pilottitutkimukseen tuli kolme, joiden perusteella opinnäytetyön kyselyn kysymyksiä ja saatetta hiukan muotoiltiin. Pilottitutkimuksen vastauksien sisältö oli sellaista, mitä kysymyksien asettelulla oli tavoiteltu.

5.2 Opinnäytetyön aineiston analyysi

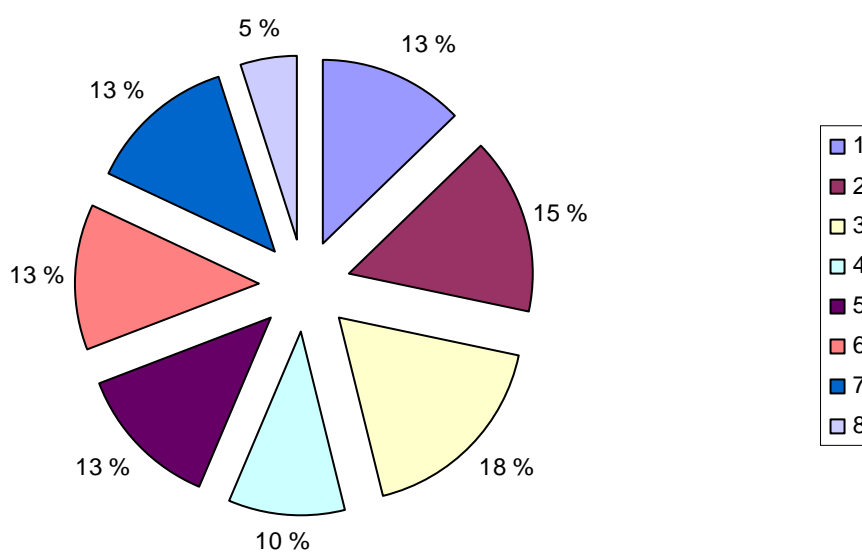
Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysia käytetään yleisimmin laadullisen tutkimusaineiston analysoimiseen (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2010, 141). Sisällönanalyysilla voidaan analysoida ja kuvata erilaisia aineistoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133). Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa informaatiota tutkittavasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 113–117).

Sisällönanalyysi on aineiston tiivistämistä, jotta tutkittava ilmiöt ja niiden väliset suhteet voidaan kuvata yleisellä tasolla selkeästi. Sisällönanalyysilla voidaan havainnoida ja analysoida aineistoa systemaattisesti. Olennaista on, että informaatiosta eritellään samanlaisuuden ja erilaisuudet. Tarkoituksena on kuvata sisältö sanallisesti. Sisällönanalyysin vaihteita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon perehtyminen, aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston luokittelu eli klusterointi, abstrahointi, aineiston tulkin ja analyysin arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23–24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–135; Tuomi & Sarajarvi 2009, 91–123.)

Opinnäytetyön kyselyllä hankittu aineisto skannattiin opinnäytetyön tekijän henkilökohtaiselle tietokoneelle, jotta aineiston käsitteleminen analyysin eri vaiheissa saatiin helpommin käsiteltävään muotoon käytössä olevalla teknologialla. Aineisto luettiin useaan kertaan. Aineistolähtöisessä analyysissä aineiston sisältöä peilattiin opinnäytetyön tehtävien kautta. Analyysiyksiköksi valittiin sana tai sanajoukko. Analyysiyksikköjä pelkistettiin teksteistä eri värejä käyttäen, jonka jälkeen saman värin saaneet yksiköt listattiin. Aineistoa luettiin toistuvasti ja listausta kehitettiin, niin ettei päällekkäisyyksiä löytynyt. Tämän jälkeen aineiston

analyysi eteni luokitteluun. Luokittelussa alaluokat ryhmittivät yläluokiksi, kun samaa asia kokonaisuutta sisältävät ilmaisut sijoittuvat omaan kategoriaan. Aineisto abstrahoitui analyysin edetessä.

Saadut vastaukset numeroitiin. Tulosten tulkinta on todennettu suorilla lainauksilla opinnäytetyön aineistosta. Suorien lainausten käyttöä voidaan seurata vastaajien numeroinnin ja alla olevan kuvion avulla (kuvio1). Numerointi ei vaaranna vastaajien anonyymiutta. Se ei paljasta opinnäytetyön tekijälle tai lukijalle vastaajien henkilöllisyyttä. Analyysin etenemisestä tehdystä taulukoista tuloksiosiossa, voidaan seurata kuinka aineisto on muotoutunut opinnäytetyön tuloksiksi (taulukot 1-5, liite 1).



KUVIO 1: Aineiston jakautuminen suorien lainauksien käytössä

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Tulosten taustaa

Opinnäytetyön kohderyhmälle, yhdelletoista sairaanhoitajalle (N=11), lähetettiin kyselylomake sähköpostilla. Kyselyyn vastasi kahdeksan sairaanhoitajaa. Puolet vastaajista oli työskennellyt yli kaksi vuotta, mutta enintään viisi vuotta uniapnean parissa. Puolesta vuodesta kahteen vuoteen työkokemusta omasi kolme henkilöä ja yli viisi vuotta työkokemusta omasi yksi vastaajista. Vastaajista kuusi työskentelee päivittäin uniapnean parissa ja kaksi harvemmin kuin kerran kuussa. Lisäksi kolmessa vastauksessa viitattiin päivittäisen työnjaon määrävän, kuinka usein uniapnean parissa työskenneltiin.

6.2 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta yksilöllisesti

Potilaalla on oikeus saada CPAP-hoidon potilasohjausta, joka etenee yksilöllisesti potilaan ehdoilla. Potilaan aikaisemmat kokemukset ja tieto asiasta sekä yksilölliset tarpeet otetaan huomioon potilasohjauksessa. Potilaan hoitomotivaatiolla, kyvyllä vastaanottaa tietoa ja ohjeita on vaikutusta CPAP-hoidon informaation omaksumiseen. Uniapneasta johtuva väsymys ja muistamattomuus voivat luoda haasteita CPAP-hoidon potilasohjaukselle. CPAP-hoidon potilasohjauksen onnistumiseen voivat vaikuttaa myös potilaan ikä ja äidinkieli. CPAP-hoidon potilasohjauksen kautta potilas sitoutuu CPAP-hoitoon.

".. potilas on CPAP-aloitukseen tullessa yleensä erittäin motivoitunut hoitoon, joten hän on vastaanottavainen.."

(V:2)

".. samoin saattaa korkea ikä ja potilaan vieras äidinkieli hankaloittaa ohjauksen onnistumista.."

(V:3)

".. tilanteessa edetään siten miten potilas pystyy ottamaan tietoa vastaan.."

(V:7)

CPAP-hoidon potilasohjaus sisältää mittauksia ja kyselyjä. Niillä arvioidaan potilaan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista terveydentilannetta. Käytetyt kyselyt ovat ESS, RAND-36 ja Quebec. Kyselyt ovat standardeja testattua kyselyjä, joiden avulla voidaan arvioida potilaan terveydentilaa. Potilaan verenpainetta ja happisaturaatio mitataan. Happisaturaatio kertoo kehon happikylläisyydestä. Potilaan painon ja pituuden avulla lasketaan painoindeksi BMI (Body Mass Index), jolla arvioidaan potilaan pituuden ja painon suhdetta. Hoidon alussa kaulan ympärystä mitataan ja otetaan potilaan kasvoista valokuva, näillä keinoilla havainnollistetaan potilaan tilannetta.

".. potilaalle tehdään kyselyjä hoidon optimaalista onnistumista varten...hoitosuunnitelmaan kirjataan pituus, paino, BMI, RR, kaulan ympäry sekä SpO2..."

(V:3)

Opinnäytetyön aineiston analyysin etenemisestä tehdystä taulukosta, voidaan seurata, kuinka luokittelu on edennyt analyysissä (taulukko 1, liite 1).

TAULUKKO 1: Analyysitaulukko uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen yksilöllisyydestä.

Ala- luokka	Ylä- luokka	Pää- luokka
1. Kyselyt 2. Mittaukset	1. Esiselvitykset	1. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen yksilöllisyys
3. Potilas	2. Potilas	

6.3 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen ohjaustavat

CPAP-hoidon potilasohjaus on yksilöohjausta. Sairaanhoitaja keskustelee ja kuuntelee sekä neuvoo potilasta. Potilaan ohjaaminen voi sisältää kyselemistä, kartoittamista ja harkintaa. CPAP-hoidon ohjeita annetaan, kerrotaan ja käydään yhdessä läpi sekä kerrataan. Sairaanhoitaja kannustaa potilasta ja esittelee CPAP-teknologiaa sekä maskia voidaan sovittaa. Potilas voi antaa palautetta ja esittää kysymyksiä. Ohjaustilanne dokumentoidaan potilaan asiakirjoihin.

".. kannustan potilasta käyttämään laitetta säännöllisesti...jotkut potilaat tarvitsevat erityistä kannustusta.."

(V:1)

".. kyselen ja kartoitan ensiksi potilaalta kuinka paljon hän on saanut tietoa uniapneasta, kerron ja kertailen tarvittaessa uniapneasta ja CPAP-hoidosta.."

(V:4)

".. potilaalle annetaan mahdollisuus kysyä ja kommentoida.."

(V:3)

CPAP-hoidon potilasohjauksessa sairaanhoitajat antavat kirjallisena ohjeita potilaalle. Potilas saa esitteen uniapneasta ja ohjeen nenänlimakalvon hoidosta. Hän saa oppaan CPAP-laitteesta ja maskista. Dokumentoitua informaatiota annetaan CPAP-laitteen, maskin ja letkuston huollosta ja sairaalan yhteystiedot jaetaan. Potilaalle annetaan kirjallinen lainasopimus CPAP-laitteesta laiteluovutuksen yhteydessä.

".. mikäli potilas ei ole saanut jo aiemmin esitteitä uniapneasta sairautena, annetaan niitä mukaan luettavaksi.."

(V:3)

".. annan potilaalle aina myös kirjallisen ohjeen mukaan.."

(V:6)

Potilaalle annetaan suullisesti CPAP-hoidon potilasohjausta. Suullisia ohjeita annetaan usein samoista asioista, kuin kirjallisesti. Suullisen potilasohjauksen aiheita ovat elämäntavat, kuten painonhallinta, liikunta, ravitsemus ja unihygienia. Uniapneasta ja oireita helpottavista nukkuma-asennoista keskustellaan. Nenän limakalvon hoidosta ja ihon hoidosta kerrotaan.

".. potilaalla herää kysymyksiä lääkärin vastaanoton jälkeen, joista sitten keskustellaan.."

(V:7)

".. käyn läpi uniapneaa sairautena, jotta potilas ymmärtäisi mihin hän käyttää CPAP-laitetta.."

(V:6)

Suullista CPAP-hoidon potilasohjausta annetaan CPAP-laitteistosta ja maskista sekä niiden huollosta. CPAP-hoidon vaikuttavuudesta ja sen sivuvaikutuksista puhutaan sekä kannustetaan CPAP-hoidon säännöllisyyteen. Myös sairaalaan yhteystiedot ja CPAP-hoidosta matkustettaessa kerrotaan. Sairaalan uniapnea potilaan hoitopolusta esitellään.

".. kerron potilaalle maskin hoidosta ja huollosta.."

(V:4)

Opinnäytetyön aineiston analyysin etenemisestä tehdystä taulukosta, voidaan seurata, kuinka luokittelu on edennyt analyysissä (taulukko 2, liite 1).

TAULUKKO 2: Analyysitaulukko uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen ohjaustavoista.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
4. Kirjallinen ohjaus CPAP- laitteista ja välineistä	3. Kirjalliset ohjeet	2. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen ohjaustavat
5. Kirjalliset ohjeet yhteystiedoista		
6. Kirjalliset ohjeet sairaudesta		
7. Kirjallinen nenänhoito-ohje		
8. Kirjalliset huolto-ohjeet		
9. Suullinen ohjaus CPAP- laitteista	4. Suulliset ohjeet	
10. Suullinen ohjaus elämäntavoista		
11. Suullinen ohjaus hoitopolusta		
12. Suullinen ohjaus hoidon vaikutuksista		
13. Suullinen nenänhoito-ohje		
14. Suullinen ohjaus välineiden huollosta		
15. Yhteystiedot suullisesti	5. Ohjeet kirjeitse	
16. Asento-ohjaus		
17. Ihon hoito-ohjaus suullisesti	6. Ohjeet puhelimitse	
18. Ohjaus kirjeitse		
19. Ohjaus puhelimitse		

6.4 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaustilanne

CPAP-hoidon potilasohjausta tapahtuu erilaisissa tilanteissa. Potilas saa CPAP-hoidon potilasohjausta sairaanhoitajan ja unihoitajan vastaanotolla. Ohjaustilanteina ovat ajanvarauksella tapahtuva ja ilman ajanvarausta tapahtuvat ohjaukset, jolloin potilaat tulevat henkilökohtaisesti sairaalaan. Potilaita ohjataan myös kirjeitse ja puhelimitse. Tilanteita, jolloin potilasohjausta annetaan, ovat CPAP-hoidon aloitukset ja kontrollit, kotirekisteröintien purut, laiteluovutukset, unitutkimukset, etäseurannat.

".. ja potilaalla on oikeus saada ohjausta myös hoidon aikana.."

(V:6)

".. potilaat soittavat, ohjausta annetaan tarvittaessa.."

(V:1)

".. yllättäen ilman ajanvarausta paikalle saapuvat potilaat.."

(V:2)

Potilaalla voi olla uniapnean CPAP-hoidossa CPAP-laitteiston tai maskin kanssa ongelmia, joiden tiimoilta he ovat yhteydessä hoitoyksikköön. Maskissa voi olla ilmavuotoa ja sen istuvuus voi olla huono tai CPAP-hoito ei jostain syystä suju. Myös potilaan elintavat voivat muuttua ja aiheuttaa uusia haasteita hoidolle. Uniapnean CPAP-hoidon ongelmatilanteissa tarvitaan hoidon uudelleen arviointia ja hoidon lisäohjausta.

".. mikäli potilaan paino on noussut runsaasti ja potilaalla on vakiopaineinen laite, hoitaja soittaa potilaalle.."

(V:5)

".. maskivuotoa on liikaa, kehoitetaan etäseurantakirjeessä potilasta kiinnittämään asiaan huomiota.."

(V:1)

Opinnäytetyön aineiston analyysin etenemisestä tehdystä taulukosta, voidaan seurata, kuinka luokittelu on edennyt analyysissä (taulukko 3, liite 1).

TAULUKKO 3: Analyysitaulukko uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaustilanteesta.

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
20.Ohjaaminen	7. Ohjaaminen	3. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaustilanne
21.Vastaanotto- käynti 22.Hoidon ongelmat 23.Laiteohjaus 24.Elintapojen muutos	8. Ohjaustilanne	

6.5 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen toteutuminen

CPAP-hoidon potilasohjaukseen tarvitaan riittävästi aikaa. Sairaalan toiminta on henkilökuntaresurssien mukaisesti aikataulutettu, jota noudattaen CPAP-hoidon potilasohjausta toteutetaan. Potilasjonot luovat painetta työskentelylle ja potilastyössä tavoitellaan tehokkuutta. Potilaan tai hoitohenkilökunnan kiire voivat vaikuttaa potilasohjaukseen, tarvittaessa varataan aikaa CPAP-laitehoidon lisäohjaukseen.

".. lääkärin vastaanoton jälkeen on usein sekä potilaalla että hoitajalla kiire.."

(V:2)

".. välillä ehtii neuvoa paremmin ja välillä ei.."

(V:5)

"..pitkät jonot CPAP-hoidon aloitukseen on ikävää informaatiota.."

(V:7)

Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen koetaan onnistuvan hyvin. Perusasia sujuu, mutta syvällistä tietoa ei koeta olevan riittävästi. Osalla sairaanhoitajista valmiudet CPAP-hoidon potilasohjaukseen ovat hyvät ja osalla sairaanhoitajista ne riittävät itsenäiseen toimintaan. Kokemuksen karttuminen uniapneasta, välineistöstä ja ohjaamisesta koetaan lisäävän valmiuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaukseen.

".. on kaikki tarvittavat valmiudet potilasohjaukseen.."

(V:1)

".. hyvät valmiudet, mutta aina joku kysyy jotain mitä ei tiedä.."

(V:5)

".. juuri ja juuri osaavani riittävästi... tiedän mitä osaan ja mitä en.."

(V:2)

".. antamani potilasohjaus on toiminut hyvin, mitä enemmän on saanut kokemusta itse potilasohjauksesta, sen paremmin pystyy itse ohjaamaan.."

(V:4)

Sairaanhoitajat hakevat tietoa CPAP-hoidon potilasohjaukseen itsenäisesti. Heidän tiedontarve ja oma aktiivinen asioiden selvittäminen on tärkeää potilasohjaukselle. Sairaanhoitajat keskustelevat ja kyselevät toisiltaan neuvoa tilanteissa, joissa oma tietotaito ei ole riittävä. Myös vastoinikäymiset opettavat sairaanhoitajia. Lääkäriltä ja unihoitajalta pyydetään apua ja tarvittaessa potilaan potilasasiakirjat toimitetaan hoitavalle lääkärille. Potilasohjauksen laadun

parantamiseksi, sairaanhoitajat tarvitsevat lisää tietoa uniapnean CPAP-hoidosta.

".. tietoa pitää hakea myös omatoimisesti ja asioista ottaa aktiivisesti selvää.."

(V:3)

".. konsultoin paljon lääkäreitä ja kokeneempia hoitajia.."

(V:2)

".. syvällistä tietoa minulla ei ole riittävästi.."

(V:6)

Opinnäytetyön aineiston analyysin etenemisestä tehdystä taulukosta, voidaan seurata, kuinka luokittelu on edennyt analyysissä (taulukko 4, liite 1).

TAULUKKO 4: Analyysitaulukko uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen toteutumisesta.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
25. Aikataulu	9. Haasteet	4. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen toteutuminen
26. Ongelmia ohjauksessa		
27. Ohjauksen onnistuminen	10. Tietotaidot	
28. Valmiudet tällä hetkellä		
29. Hoitajan kokemus		
30. Tiedonhaku		

6.6 Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen kehittäminen

CPAP-hoidon potilasohjausta antavien sairaanhoitajien tulisi kehittyä kehittyvän teknologian ja uniapneaa sairastavien potilaiden vaatimuksien mukaisesti, jotta laadukasta potilasohjausta kyetään antamaan. Uniapnean CPAP-hoitoon teknologioiden kehittyessä uusia laitteita ja maskeja tulee käyttöön, joihin sairaanhoitajat toivovat enemmän perehdytystä, koska niiden tarkkoja yksityiskohtaisia tietoja on vaikea muistaa.

".. laitteita ja maskeja tukee koko ajan lisää, niiden nippelitiedoissa ei meinaa pysyä mukana.."

(V:5)

".. uusia laitteita on tullut viime aikoina ja niihin perehtyminen jää vastaanotolla vähäiseksi.."

(V:8)

".. laajempi perehdytys myös laitteen toiminnasta.."

(V:7)

Kaikkien CPAP-hoidon potilasohjausta antavien tulisi omata riittävä koulutus aihealueesta. Sairaanhoitajat toivovat enemmän säännöllistä ja yksityiskohtaista koulutusta. He toivovat parempia valmiuksia hoitopolun eri vaiheiden potilasohjaukseen.

".. koulutusta tulisi järjestää säännöllisesti, jotta pysyy mukana jatkuvasti kehittyvässä teknologiassa.."

(V:6)

".. lisäkoulutus ei ole koskaan pahitteeksi.."

(V:7)

".. lisää tietoa uusista laitteista ja säädöistä.."

(V:8)

CPAP-hoidon potilasohjaukseen toivotaan käytettävän enemmän resursseja tulevaisuudessa. Sairaanhoidajalla tulisi olla riittävästi aikaa potilaalle, jotta CPAP-välineistöä ehditään kokeilla ja harjoitella. Potilaat tarvitsevat lisää aikaa maskin vaihdossa, kostuttimen ohjauksessa, sekä purkujen yhteydessä. Potilasohjauksen tulisi antaa potilaalle enemmän tietoa sairaudesta, sen tulisi olla riittävän perusteellista ja sisältää enemmän ohjausta hoidon vaikuttavuudesta.

".. osa potilaista tarvitsee lisäohjausta ja aikaa kuluu myös mahdolliseen maskin vaihtoon ja kostuttimen ohjaukseen.."

(V:3)

".. tulisi paremmin kertoa CPAP-hoidon toimintaperiaate, niin että hän varmasti ymmärtää mitä laite tekee ja mitä se ei tee.."

(V:2)

".. potilaat voisivat konkreettisesti itse kokeilla kuinka maski laitetaan päähän ja kuinka laite toimii.."

(V:5)

CPAP-hoidon potilasohjausta ehdotetaan toteutettavaksi ryhmäohjauksena. Ryhmäohjauksien aloittaminen vaatii sairaanhoidajien mukaan hyvää suunnittelua. Ryhmien kokoa tulisi harkita huolellisesti. Sairaanhoidajan tulisi arvioida uniapnean CPAP-hoitoa aloittavia potilaita ja ohjata ryhmään vain ne henkilöt, joille ryhmäohjaus olisi mielekäs ohjauksen muoto. Sairaanhoidajat toivovat CPAP-hoidosta videota potilasohjauksen tueksi.

".. pitäisi miettiä tarkkaan millaiset potilaat sopisivat samaan ryhmään, jotta ohjaus onnistuisi parhaiten.."

(V:3)

".. olisi tärkeää, että ryhmä olisi samantasoinen, kaikki eivät pysty käsittelemään saamansa tietoa samalla tavalla.."

(V:4)

".. laiteohjausta varten voisi tehdä videon, jonka voisi näyttää potilaalle.."
(V:1)

Opinnäytetyön aineiston analyysin etenemisestä tehdystä taulukosta, voidaan seurata, kuinka luokittelu on edennyt analyysissä (taulukko 5, liite 1).

TAULUKKO 5: Analyysitaulukko uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen kehittamisestä.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
31. Ryhmäohjaus 32. Potilaalle enemmän aikaa 33. Potilaalle enemmän tietoa laitteista 34. Ohjausta hoidon vaikuttavuudesta 35. Ohjausta anatomiasta 36. Video-ohjaus	11. Ohjauksen kehittäminen	5. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen kehittäminen
37. Laitteiston kehitys 38. CPAP-laitteisto	12. Teknologian koulutus	
39. Hoitajien koulutuksen lisääminen		

6.7 Yhteenveto opinnäytetyön tuloksista

CPAP-hoidon potilasohjausta annetaan yksilöohjauksena ja sitä toteutetaan potilaan uniapnean hoidon eri vaiheissa suullisessa ja kirjallisessa muodossa. Potilaalle tulisi antaa enemmän tietoa uniapneasta ja sen tulisi olla riittävän perusteellista sekä sisältää enemmän ohjausta hoidon vaikuttavuudesta.

Potilaan henkilökohtainen tilanne ja uniapnean oireet voivat vaikuttaa potilasohjaukseen. CPAP-hoidon potilasohjaus vaatii riittävästi aikaa ja enemmän resursseja. Potilaan ehdoilla etenevässä CPAP-hoidon potilasohjauksessa tavoitteena on potilaan CPAP-hoitoon sitoutuminen. Sairaanhoitajat ehdottavat tulevaisuudessa kokeiltavaksi ryhmässä ja video-metodilla tapahtuvaa uniapnean potilasohjausta.

CPAP-hoidon potilasohjaus sujuu sairaanhoitajien kokemuksen mukaan hyvin. Kokemuksen karttumisen koetaan lisäävän valmiuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaukseen. CPAP-teknologiasta toivotaan kuitenkin riittävää ja säännöllistä koulutusta, vaikka tietoa haetaan myös itsenäisesti. Sairaanhoitajien keskinäinen kollegiaalisuus luo mahdollisuuden oppimiselle sekä tiedonkululle.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuudella arvioidaan tuotetun tiedon totuudenmukaisuutta. Uskottavuus osoitetaan opinnäytetyössä ja sen tuloksissa. Vahvistettavuus on laadullisen tutkimuksessa ongelmallista, koska todellisuuksia on monia, ei toinen tutkija välttämättä saa samaa tulosta samasta tutkimusaineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Laadullinen tutkimus on aina kontekstiin eli henkilöiden todellisuuteen sidoksissa. Todellisuus esiintyy eri ihmisille erilaisena. (Kylmä & Juvakka 2007, 28.) Siirrettävyydellä tavoitellaan opinnäytetyön tulosten siirtämistä muihin samanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Siirrettävyys varmistetaan huolellisella kontekstin kuvaamisella ja kohderyhmän valinnalla. Aineistonkeruu sekä analyysi kuvataan opinnäytetyössä seikkaperäisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Opinnäytetyölle haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä tutkimuslupa. Opinnäytetyöhön osallistuvat olivat kyselyyn osallistuessaan tietoisia mihin osallistuvat. Heille annettiin informaatiota opinnäytetyöstä opinnäytetyön aiheen esittelyssä osastotunnilla ja sähköpostitse lähetetyssä kyselylomakkeen saatteessa. Opinnäytetyöhön osallistuville vältettiin haitan tuottamista ja kunnioitettiin heidän ihmisoikeuksia. Osallistujia kohdeltiin oikeudenmukaisesti, luottamuksellisesti ja kunnioittavasti. Heille oltiin rehellisiä ja heille taattiin yksityisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 147–149; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–180.)

Laadukas aineisto kerätään kohderyhmältä, joilla on tietoa tutkimuksesta ja tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 80–83; Kylmä & Juvakka 2007, 26). Opinnäytetyön kohderyhmänä oli 11 sairaanhoitajaa, jotka olivat työskennelleet uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen parissa yli puoli

vuotta. Opinnäytetyön kriteerit täyttävien sairaanhoitajien tiedot, opinnäytetyön tekijä sai nimelistana opinnäytetyön työelämäohjaajalta.

Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikutti opinnäytetyöntekijän ja kohderyhmän päivittäinen yhteistyö sairaalan erilaisissa työtehtävissä. Menetelmällä pyrittiin ehkäisemään tutkijan ja tutkittavan aiempien yhteisten kokemusten vaikutukset. Valinnoilla tavoiteltiin mahdollisimman vähäistä ennakoasettelua ja johdattelua opinnäytetyön aineistonkeruuseen.

Opinnäytetyön aineistonkeruuseen tehtiin kyselylomake, jonka kysymykset esitestattiin pilottitutkimuksella. Pilottitutkimukseen kutsuttiin neljä aiheeseen perehtynyttä henkilöä. Pilottitutkimuksen kyselylomake ja saate lähetettiin pilottitutkimuksen kohderyhmälle sähköpostilla. Pilottitutkimuksen kohderyhmästä kolme vastasi kyselyyn. Pilottitutkimuksella saatiin sellaisia vastauksia, joita sillä haettiin. Vastauksien perusteella hiukan hiottiin kyselylomaketta.

Opinnäytetyön kohderyhmän henkilöt saivat kyselyn saatteen ja kyselylomakkeen sähköpostilla, mutta vastaukset palautettiin nimettömänä, niille varattuun laatikkoon. Nimettömien vastauksien avulla, tutkimuksen kohderyhmä pysyi anonyymina. Opinnäytetyöntekijä ei missään vaiheessa saanut tietää keneltä vastaukset tulivat. Opinnäytetyön teon aikana opinnäytetyöntekijä ei keskustellut opinnäytetyöhön liittyvistä asioista kohderyhmän kanssa, jotta eivät kyselyn ulkopuolella käydyt keskustelut olisi vaikuttaneet opinnäytetyön tuloksiin.

Kohderyhmälle annettiin kolme viikkoa aikaa vastaamiseen, jotta kohderyhmän sairaanhoitajat pystyivät itse löytämään itselleen sopivan vastaamisen ajankohdan. Opinnäytetyön kyselyn vastauksia palautui kahdeksan. Osa vastauksista oli laajoja esseen tyyppisiä vastauksia, osa oli hyvin lyhyitä muutaman lauseen vastauksia tai jopa muutaman sanan vastauksia. Kyselylomakkeen tuotos oli kuitenkin hyvin asiaa kuvaavaa. Aineistonkeruu onnistui riittävän hyvin, mutta laajempia vastauksia olisi toivottu enemmän. Kyselylomakkeen varjopuolena oli, ettei vastauksia voinut tämentää tai kysyä lisäkysymyksiä kuten haastattelutilanteessa. Haastattelu olisi kuitenkin voinut olla eettisesti arveluttavaa opinnäytetyöntekijä ja kohderyhmän yhteisen työhistorian vuoksi.

Opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysi toteutettiin huolellisesti. Tulokset pyrittiin kuvaamaan kielellisesti selkeästi. Tulosten analyysin tueksi, jokaisen tulostulokseen liitettiin sen osion sisällönanalyysia kuvaava taulukko (Taulukot 1-5). Opinnäytetyön lopussa voidaan nähdä analyysitaulukko kokonaisuudessaan (Liite 1). Taulukoiden avulla lukija voi seurata tuloksen muotoutumista. Opinnäytetyön eri vaiheet on kerrottu rehellisesti ja tarkasti.

Opinnäytetyön tulokset on todennettu suorien lainauksien avulla aineistosta. Suorien lainausten käyttöä voidaan seurata vastaajien numeroinnin ja kuvion avulla (kuvio1). Numerointi ei vaaranna vastaajien anonyymiutta. Se ei paljasta opinnäytetyön tekijälle tai lukijalle vastaajien henkilöllisyyttä. Tutkimusaineisto hävitettiin, kun sen käyttötarkoitus oli saavutettu. Tutkimuksen tekijä noudattaa salassapitovelvollisuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 141142). Osallistuminen opinnäytetyöhön oli vapaaehtoista ja se ilmoitettiin kohderyhmälle suullisesti sekä kirjallisesti.

7.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Sairaanhoitajat kuvasivat uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen olevan potilaan ehdoilla etenevää yksilöllistä hoitoa, jossa sairaanhoitajat ottavat huomioon potilaan tarpeet ja kyvyn vastaanottaa informaatiota. Sen tavoitteena on potilaan CPAP-hoitoon sitoutuminen. Mikkola toteaa väitöskirjassaan (2006) että, hoitajan ja potilaan hoitosuhde pohjautuu potilaan avuntarpeeseen. Hoitosuhteessa on sille ainutlaatuinen ja yksilöllinen dynamiikka. Se on vastavuoroista, tasavertaista ja tarvitsee aikaa syntyäkseen. Hoitajan ammatillinen viestintä, aktiivisuus ja aloitteellisuus ovat tärkeitä hoitosuhteelle.

Opinnäytetyön tulosten mukaan uniapneasta johtuva väsymys ja muistamattomuus voi olla sairaanhoitajien antaman potilasohjauksen haasteena. Myös Anttalainen (2006) ja Brander (2007) ja Suomalainen uniapnean Käypä hoito (2010) toteavat väsymyksen vaivaavan uniapneapotilasta. Saunamäen ym. (2009) mukaan uniapneapotilasta vaivaavat päiväaikaan nukahtelu, muistihäiriöt ja mielialahäiriöt. Samoin Broströmin ym. (2009) tutkimuksesta selviää, kuin-

ka potilas saattaa olla jo pitkään kärsinyt uniapneaan liittyvästä väsymyksestä. Siitä johtuen mieliala voi potilailla olla masentunut ja kognitiiviset toiminnot voivat olla haastavia. Sairaanhoitajien kuvaamia muita CPAP-hoidon potilasohjauksista vaikeuttavia asioita voivat olla uniapneapotilaan ikä tai äidinkieli.

Sairaanhoitajien kuvaamia CPAP-hoidon potilasohjaustapoja ovat esimerkiksi keskusteleminen, kannustaminen, kuunteleminen, kartoittaminen ja asioiden läpi käyminen. CPAP-hoidon potilasohjaus on teknologian esittelyä, kokeilua ja sovittelua. CPAP-hoidon potilasohjauksessa kuvattiin informaatiota annettavan suullisessa ja kirjallisessa muodossa. Broström ym. (2009), Bollig (2010) ja Lah-
tinen (2008) ovat tuoneet esille, että CPAP-hoidon potilasohjauksessa käytetään kirjallista ja suullista informaatiota sekä käytännön ohjausta. Heidän mukaan eri potilasohjausmetodeilla voidaan mahdollistaa uniapneapotilaan parempi oppiminen. Samalla linjalla oli Chiappetta (2008), jonka mukaan CPAP-hoidosta tulee keskustella asianmukaisesti potilaan kanssa. Potilas sopeutuu hoitoon paremmin, kun hänellä on realistinen kuva hoidosta. Kuten myös Smit-
hin ym. (2009) tutkimuksesta ilmenee, intensiivisen tuki ja rohkaisu lisäävät CPAP-laitteen käyttöä.

Sairaanhoitajien kuvasivat suullisen CPAP-hoidon potilasohjauksen aiheena olevan terveelliset elämäntavat, kuten unihygienia, painon hallinta, liikunta ja ravinto. Suomalaisen uniapnean Käypä hoidosta (2010) selviääkin että, henkilöistä joiden (BMI) painoindeksi on enemmän kuin 40 kg/m², yli 50 % sairastaa uniapneaa. Painonhallinnan merkitys on todettu myös Sepän ym. (2007) ja Veaseyn (2010) tutkimuksessa, joissa lihavuus on uniapnean merkittävä yksittäinen riskitekijä. Heidän mukaansa laihdutus ja saavutetun painon ylläpito on uniapnean merkittävä hoitomuoto, jonka vuoksi uniapneapotilaille tulisi järjestää ohjattua painonhallintaa

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajien antama CPAP-hoidon potilasohjaus sisältää tietoa ihon ja nenänlimakalvon hoitamisesta. Informaatiota jaetaan CPAP-laitteesta, maskista ja niiden huollosta. Myös yhteydenotosta sairaalaan CPAP-hoidon ongelmatilanteissa ja CPAP-välineistön kanssa matkustamisesta annetaan ohjausta. Fuchs:n ym. (2009) tutkimuksessa potilasohjaus sisälsi samalla tavoin tietoa CPAP-hoidon vaikutuksista ja oikeanlaisesta

CPAP-teknologian käytöstä, annettiin käytännön "vinkkejä" sekä kerrottiin vaihtoehtoisista hoitomuodoista.

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilasohjauksessa sairaanhoitajat kertovat potilaalle uniapneasta, CPAP-hoidon vaikuttavuudesta ja sen sivuvaikutuksista. Opinnäytetyön tuloksista ei selvinnyt sairaanhoitajien CPAP-hoidon potilasohjauksessa jakaman tiedon CPAP-hoidon sivuvaikutuksien merkityksellisyyttä uniapneapotilaan hoitoon sopeutumisessa. Broströmin ym. (2008) selvittivät tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan ja potilaiden kokemusta CPAP-hoidon sivuvaikutuksista. Merkittävää on, että tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta voi arvioida CPAP-hoidon sivuvaikutukset hankalampina, kuin miten potilaat ne uniapnean CPAP-hoidossa kokisivat. Hoitohenkilökunta voi tällöin näkemyksillään CPAP-hoidon sivuvaikutuksista välittää tietoa potilasohjauksessa liian negatiivisesti ja vaikuttaa heikentävästi potilaan CPAP-hoitoon sopeutumiseen.

Sairaanhoitajat kuvasivat CPAP-hoidon potilasohjauksen olevan myös potilaan CPAP-hoidossa ilmenneiden ongelmien selvittämistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa kuten Broströmin ym. (2009), Tomlinsonin (2007), Lahtisen (2008) ja Aallon ym. (2008) on kuvattu yksityiskohtaisesti potilaan uniapnean CPAP-hoidossa esiintyvän erilaisia ongelmia ja vaativan selvittämistä.

Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia Lahtisen (2008) pro gradun kanssa, jossa todettiin potilaiden tarvitsevan annettua enemmän tietoa CPAP-hoitoon liittyvistä asioista. Potilasohjauksen tulisi opinnäytetyön tulosten perusteella antaa potilaalle enemmän tietoa uniapneasta, sen tulisi olla riittävän perusteellista ja sisältää enemmän ohjausta hoidon vaikuttavuudesta.

Sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän resursseja CPAP-hoidon potilasohjaukselle, jotta voidaan riittävästi huomioida potilaan tarpeita. Tuloksista ei ilmene miten olemassa olevia resursseja olisi mahdollista kohdentaa ja hyödyntää uudella tavalla käytössä olevalla teknologialla, kuten Sawyer ym. (2011) ja Sparrow ym. (2012) ovat telelääketieteen avulla tutkimuksissaan tukeneet potilaan CPAP-hoidon sujuvuutta. Sen avulla voi uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus olla lisäksi kustannustehokasta. Sparrow ym. (2012) toteuttamassa tutkimuk-

sessä telelääketieteen keinoin annettu tuki oli lisännyt 30 %: lla potilaiden CPAP-laitteiston käyttöä uniapnean hoidossa.

Opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajien kokemuksen mukaan potilasjonot luovat painetta CPAP-hoidon potilasohjaukselle. Myös Lahtisen (2008) tutkimuksessa käy ilmi, kuinka CPAP-hoidon hoitojonot ja saatavuuden vaikeus saattavat aiheuttaa tyytymättömyyttä. Kuitenkin Maasilta ym. toivat esille artikkelissaan (2006) että, Suomessa suuressa osassa uniapneaa hoitavissa yksiköissä uniapneapotilaat ovat saaneet kutsun CPAP-hoidon aloitukseen kolmessa kuukaudessa diagnoosin tekemisestä. Joissakin yksiköissä hoidon aloitusta jouduttiin odottamaan yli kuusi kuukautta. Valtakunnallisen hoitotakuun nähtiin tukevan hoitoon pääsyä.

Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan CPAP-hoidon potilasohjaus sujuu hyvin. Kokemuksen karttumisen koetaan lisäävän valmiuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaukseen. Tietoa haetaan itsenäisesti ja sairaanhoitajan oma aktiivisuus tiedonhaussa koettiin tärkeäksi. Sairaanhoitajien kollegiaalisuus koettiin CPAP-hoidon potilasohjauksen voimavaraksi. Lahtinen tuo pro graduunsa (2008) esille, että henkilökunnan ammattitaitoinen CPAP-hoidon potilasohjaus ovat tärkeitä asioita uniapnean CPAP-hoidossa. Potilasohjauksen tulisi olla suunnitelmallista, ymmärrettävää ja selkeää.

Sairaanhoitajat eivät tuoneet vastauksissaan lainkaan esille, olivatko he sairaanhoitajan peruskoulutuksessa saaneet opetusta hoitoalan teknologiaan. Suhosen ym. (2007) mukaan hoiva-alan teknistymisestä huolimatta peruskoulutuksessa opetetaan aihealuetta niukasta. Melkaksen ym. (2007) mukaan perehdytyksen teknologiaan sosiaali- ja terveysalalla tulisi olla jatkuvaa ja siinä tulisi huomioida koulutettavien aikaisempi osaaminen. Opinnäytetyön tulosten perusteella CPAP-hoidon potilasohjaus vaatii sairaanhoitajien riittävää, säännöllistä ja jatkuvaa koulutusta. CPAP-teknologia kehittyy vauhdilla, haastaen CPAP-hoidon potilasohjausta antavia sairaanhoitajia kehittymään. Hiltunenkin arvioi (2007) että, tekniikan nopea kehittyminen voi aiheuttaa tilanteita hoitotyössä, joita ei voida ennalta harkita. Kuitenkin Tomlinsonin ym. (2006) mukaan hyvällä koulutuksella ja tuella annetaan kokeneille hoitajille myös uusia mahdollisuuksia uralla erikoistumiselle ja urakehitykselle.

CPAP-hoidon potilasohjausta annetaan yksilöohjauksena, mutta lisäksi CPAP-hoidon potilasohjausta ehdotetaan toteutettavaksi ryhmässä. Ryhmän koko ja siihen soveltuvat uniapneapotilaat tulisi sairaanhoitajien näkemyksen mukaan arvioida huolellisesti. Samoin Broström ym. (2009) kokevat ryhmäohjauksen potilasohjauksessa lupaavasi mahdollisuudeksi. Heidän mukaan CPAP-hoidon potilasohjauksen ryhmän koko tulisi olla pieni. Myös Lahtinen (2008) toteaa pro gradussaan ryhmäohjauksen olleen CPAP-hoidon potilasohjauksen tiedon ja tuen väylä.

Sairaanhoitajat kokivat CPAP-hoidon video-materiaalin käytön potilasohjauksen uutena mahdollisena ohjausmetodina. Myös Broströmin ym. (2009) tutkimuksen mukaan ohjauksessa voidaan käyttää eri potilasohjausmetodeja, kuten videota. Fuchs ym. (2009) käyttivätkin tutkimuksessaan CPAP-hoidon potilasohjauksessa menestyksekkäästi yhtenä ohjausmetodina esitystä tietokoneelta, jossa oli mukana kuva- ja videomateriaalia CPAP-hoidosta.

Tämän opinnäytetyön avulla voidaan tukea Valtakunnallisen uniapneaohjelman 2002–2012 tavoitteiden saavuttamista. CPAP-hoidon potilasohjauksella voidaan tukea uniapneapotilaan toimintakyvyn säilymistä, sairaalahoidon tarpeen vähenemistä, vaikean uniapnean ehkäisemistä ja uniapneapotilaan tervehtymistä. Myös kustannustehokkuuteen voidaan löytää uusia mielekkäitä toimintatapoja.

CPAP-hoidon potilasohjaus on monen asian summa. Nykypäivänä teknologian kehittyminen on nopeaa, CPAP-laite ja maski markkinat kiihtyvät. Sairaaloiden lääkintälaitteisto kehittyy, mutta sairaaloiden hankintasopimukset luovat raamit sille, minkälaisia apuvälineitä potilaille tarjotaan. Potilaat ovat kuitenkin tottuneet hoitoalan toimintayksiköstä heille, jopa vuosia sitten luovutettuun laiteeseen ja maskiin. Uniapnean CPAP-hoidon laitteiden ja maskien varaosat ja huollot ovat hoitoalan toimintayksikön vastuulla, siksi niitä on oltava monenlaisia. Hoitoalan toimintayksikössä tulisi olla osaamista kaikkiin sen hallinnassa oleviin laitteisiin ja tarvikkeisiin.

Terveystieteiden teknologian hyödyntäminen potilaiden hoidossa tulee olla turvallista ja laadukasta, kuten laki terveydenhuollon laiteista ja tarvikkeista määrää. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus johtaa jatkuvaan kilpailuun osaavasta

henkilökunnasta. Erikoisosaaminen vaatii aikaa ja kokemusta, kuten opinnäytetyön tuloksista nousee esille. Terveystieteiden henkilöstön sitouttaminen vaativiin tehtäviin, niin että asiantuntijuus pääsisi syntymään ja kehittymään, on haasteellista etenkin silloin kun tavoitellaan kustannusten vähenemistä ja toiminnan tehokkuuden maksimointia.

Opinnäytetyön tulosten mukaan CPAP-hoidon potilasohjaus vaatii enemmän resursseja, mutta myös sen kehittäminen vaatii niitä. Kehitystyö vaatii positiivista ilmapiiriä ja asiaan paneutumista organisaation henkilökunnalta ja sen johdolta. Se vaatii kykyä ennakoida ja uskallusta katsoa hiukan kauemmaksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, jotka olivat millaista uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus oli sairaanhoitajan kuvaamana, millaisena sairaanhoitajat kokivat uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksensa toteutuvan ja miten sairaanhoitajan antamaa uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta tulisi kehittää, saatiin opinnäytetyöllä hyvin vastauksia. CPAP-hoidon potilasohjausta on Suomessa hoitotyönsaralla selvitetty suhteellisen vähän. Aihealue on kuitenkin laaja ja sitä olisi mielekäästä tutkia tarkemmin, jolloin tieto olisi yksityiskohtaisempaa.

CPAP-hoidon potilasohjauksen onnistumiselle tulisi luoda optimaalinen toimintaympäristö ja sen erityisiin vaatimuksiin tulisi paneutua huolellisesti. Potilasohjausta antava hoitohenkilökunta on potilaan CPAP-hoidon onnistumiselle merkittävässä asemassa. Tällä opinnäytetyöllä saatiin informaatiota sairaanhoitajan kokemuksesta uniapnean laitehoidon potilasohjauksen arjesta ja CPAP-hoidon haasteista. Opinnäytetyöllä kerätyllä tiedolla voidaan edistää CPAP-hoidon potilasohjausta ja sitä toteuttavan hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta.

7.3 Kehittämisehdotuksia

Sairaanhoitajat tarvitsevat aikaa CPAP-hoidon potilasohjaukselle. CPAP-hoidon potilasohjauksella ryhmässä voidaan saavuttaa useampi CPAP-hoidon potilasohjausta tarvitseva uniapneapotilas. CPAP-hoidon ryhmäohjauksen toteutus tulee suunnitella huolellisesti. Ryhmäohjaustilanne voi toimia myös vertaistuen mahdollistajana.

Erilaisen potilasohjausmateriaalin tekemiseen, kuten videon, tulisi hyödyntää eri koulutusalojen opiskelijoiden, laitetoimittajien ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä. Näin CPAP-hoidon potilasohjaus olisi paremmin potilaiden saatavilla.

Henkilökunnan ammattitaitoa ja kehittymistä voidaan tukea myös aktiivisella verkostoitumisella kansallisesti ja kansainvälisesti. Verkostoitumista edistäisi esimerkiksi uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta toteuttavan hoitohenkilöstön aktiivinen rekrytointi kansalliseen yhteistyöhön. Kansainvälisen, kuten pohjoismaisen yhteistyö, voitaisiin aloittaa toimintaan tutustumisella yksikkövierailun merkeissä. Verkostoitumista tukemaan ja ylläpitämään voitaisiin perustaa internetpohjainen keskustelufoorumi.

Terveystieteiden teknistymisen edetessä sairaanhoitajien peruskoulutukseen tulisi sisällyttää opintojakso hoitoalan teknologiasta, joka sisältäisi tietoa esimerkiksi laitteista, ohjelmistoista, potilasjärjestelmistä, valtakunnallisista hoitoalaan liittyvistä järjestelmistä.

CPAP-laite toimittajien on hyvä jatkaa hoitohenkilökunnan laadukkaan teknisen osaamisen huolehtimisesta, koska CPAP-hoidossa käytettävä teknologia kehittyy nopeasti. Hoitohenkilökunta on se, joka markkinoi hoitoyksikössä teknologiaa sen varsinaiselle kohderyhmälle eli potilaille. Laitetoimittajien kautta olisi mielekästä saada enemmän potilasohjausmateriaalia. Kotimaisten pääkielten käyttö ohjausmateriaalissa olisi tärkeää, koska englanninkielinen potilasohjausmateriaali ei tavoita kaikkia maan CPAP-hoidossa olevia uniapneapotilaita.

CPAP-hoidon potilasohjaus vaatii lisää resursseja. Telelääketiedettä tulisi hyödyntää enemmän uniapnean potilasohjauksessa. Internetin ja erilaisten oppimisympäristöjen hyödyntäminen, uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta antavan henkilökunnan koulutuksessa ja potilasohjausta tarvitsevien potilaiden ohjauksessa, on merkittävä mahdollisuus. Internetpohjainen CPAP-hoidon koulutusmateriaali ei olisi sidottu aikaan tai paikkaan. Se olisi aina saatavilla kun siihen halutaan paneutua. Palvelun sisältöön pääsy voi olla kaikille avointa tai siihen voidaan kirjautua esimerkiksi CPAP-laitteen sarjanumerolla. Palvelun sisältönä voidaan tarjota esimerkiksi videota, laadukasta kirjallista tietoa, keskustelufoorumia, asiantuntija vastaa palstaa. Tieto olisi, jokaisen sitä tarvitsevan, paremmin saavutettavissa ja hyödynnettävissä.

LÄHTEET

Aalto, T. 2012. Uniapnea potilaiden hoitopolku IAS:ssa. HUS, Iho- ja allergiasairaala. Helsinki.

Aalto, T. 2012. Unikansio. Ohjekansio Iho- ja allergiasairaalan henkilökunnalle. HUS, Iho- ja allergiasairaala. Helsinki. Luettu 8.5.2012.

Aalto, T. 2011. Uniapnean hoito Iho- ja allergiasairaalassa. PowerPoint diaesitys. HUS, Iho- ja allergiasairaala. Luettu 8.5.2012.

Aalto, T. 2006. Unihoitajan vastaanotto. Luento 2.11.2006. Uniyksiköntoiminta keuhkoklinikalla -unikoulutuspäivä. Hengityслиitto Helin ja HYKS:n Unikoulutus. Helsinki.

Aalto, T., Maasilta, P. & Bachour, A. 2008. Uniapneataudin ylipainehoito ja hoitolaiteiden ominaisuudet. Suomen Lääkärilehti 63, 3305–3311. Luettu 6.9.2010. <http://www.terveysportti.fi>.

Aalto, A-M., Aro, A & Tepperi, J. 1999. RAND-36 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarina, mittarina luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 101. Luettu 18.7.2012. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Tu101>.

Anttalainen, U. 2006. Unenaikaisen hengityshäiriön tutkiminen. Suomen Lääkärilehti 26, 2841–2845.

Auranne, K & Sydänmaa, V. 2007. Hyvinvointiteknologia käytännössä kenen ehdoilla toimitaan? Teoksessa Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla hyöty vai haitta? Suhonen, L & Siikanen, T. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja C 26.

Bachour, A & Maasilta, P. 2004, Mouth Breathing Compromises Adherence to Nasal Continuous Positive Airway Pressure Therapy. Chest 126, 1248–1254. Luettu 23.1.2012. <http://www.webebschost.com>.

Bakker, J & Marshall, N. 2011. Flexible Pressure Modification of Continuous Positive Airway Pressure for Obstructive Sleep Apnea Does Not Improve Compliance With Therapy. Chest 139, 1322–1330. Luettu 7.11.2011. www.chestjournal.chestpubs.org.

Basner, R. 2007. Continuous Positive Airway Pressure for Obstructive Sleep Apnea. The New England Journal of Medicine 356, 1752-2758. Luettu 24.11.2010. <http://web.ebscohost.com>.

Bolig, S. 2010. Encouraging CPAP Adherence- It Is Everyone's Job. Respiratory Care 55, 1230–1239. Luettu 22.11.2010. www.web.ebscohost.com.

Brander, P. 2007. Uniapnea, keuhkosairaudet ja ajoterveys. Duodecim 25(4): 49–52. Luettu 21.12.2010. <http://www.terveysportti.fi>.

Broström, A., Strömberg, A., Ulander, M., Fridlund, B., Mårtensson, J & Svanborg, E. 2009. Perceived informational needs, side-effects and their consequences on adherence-A comparison between CPAP treated patients with OSAS and healthcare personnel. Elsevier, Patient Education and Counselling 74, 228–235. Luettu 7.11.2011. <http://www.elsevier.com>.

Chiappetta, A. 2008. PAP adherence: Making it stick. The Journal for Respiratory Care Practitioners 2008 Oct 21 (10): 16-21. Luettu 21.12.2010. <http://www.rtmagazine.com>

Donohue, D. 2010. Treating obstructive sleep apnea with CPAP. Nursing Management Vol 41, 7, 49-50. Luettu 2.3.2012. <http://ovidsp.uk.com>.

Foddy, W. 2003. Constructing Questions for Interviews and Questionnaires, Theory and Practice in Social Research. Department of Anthropology and Sociology, Monash University. Cambridge: Cambridge University Press.

Fuchs, F., Pittarelli, A., Hahn, E & Ficker, J. 2009. Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy for Obstructive Sleep Apnea: Impact of Patient Education after a Longer Treatment Period. Respiration 80, 32–37. Luettu 23.1.2012. <http://www.webebschost.com>.

Garvey, J & McNicholas, W. 2010. Continuous positive airway pressure therapy: New generation. Indian J Med Res 131, 259–266. Luettu 7.11.2011. <http://web.ebscohost.com>.

Hiltunen, P. 2007. Hyvinvointiteknologia kiinnostaa kuntatilaajaa. Teoksessa Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla hyöty vai haitta? Suhonen, L & Siikanen, T. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja C 26.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kainu, A. 2011. Uniapnean nenä-CPAP-hoidon etäseuranta. IV Valtakunnallinen uniapneapäivä. Luento 23.3.2011. Lentomateriaali, 9-10.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen Terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M & Kanste, O. 2010. Sisällönanalyysi suomalaisessa tutkimuksessa. Hoitotiede 23, 138–148.

Käypä hoito. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Julkaistu 22.11.10. Luettu 22.12.2010. <http://www.kaypahoito.fi>.

Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan CPAP- hoidon ohjausesta ja hoidon sujuvuudesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629. Luettu 2.5.2012. <http://www.finlex.fi>.
- Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lettieri, C., Lettieri, C & Carter, K. 2011. Does Home Sleep Testing, Impair, Continuous Positive Airway Pressure Adherence in Patients With Obstructive Sleep Apnea? *Chest* 139, 849–854. Luettu 7.7.2011. <http://chestjournal.chestpubs.org>.
- Maasilta, P & Pietinalho, A. 2004. Uniapnea-haaste terveydenhuollolle. *Suomen lääkirilehti* 48, 4701–4705.
- Maasilta, P., Anttila, H., Polo, O., Franklin, K & Mäkelä, M. 2006. Uniapnean ja kuorsauksen diagnostiikka ja hoito Suomessa vuonna 2003. *Suomen Lääkirilehti* 7, 729–733.
- Maxwell, J. 2005. Qualitative research Design- An interactive approach. Applied Social Research Methods series, Vol 41. Thousand Oaks, California, Sage Publications, Inc.
- McCabe, C & Hardinge, M. 2011. Obstructive sleep apnoea. *Practice Nurse* Vol 41, no 10, 36-41. Luettu 2.3.2012. <http://www.chinal.com>.
- Melkas, H., Raappanen, A., Rauma, M & Toikkanen, T. 2007. Teknologian käytön sudenkuopat sosiaali- ja terveystalalan organisaatiossa. Teoksessa Hyvinvointitekniologia sosiaali- ja terveystalalla hyöty vai haitta? Suhonen, L & Siikanen, T. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja C 26.
- Mikkola, Leena. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 115. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Luettu 25.12.2010. <http://urn.fi>
- Moroni, L., Neri, M., Lucioni, A., Filipponi, L & Bertolotti, G. 2011. A New means of assessing the quality of life of patients with obstructive sleep apnea: The MOSAS questionnaire. *Sleep Medicine* 12, 959–965. Luettu 23.1.2012. <http://www.sciencedirect.com>.
- Mulgrew, A., Fox, N., Ayas, N & Ryan, F. 2007. Diagnosis and Initial Management of Obstructive Sleep Apnea without Polysomnography. *Annals of Internal Medicine* 146, 157–166. Luettu 23.1.2012. <http://www.web.ebscohost.com>.
- Nosedá, A., Kempnaers, C., Kerkhofs, M., Braun, S., Linkowski, P & Jann, E. 2004. Constant vs. Auto-Continuous Positive Airway Pressure in Patient With Sleep Apnea Hypopnea Syndrome and High Variability in Pressure Requirement. *Chest* 126, 31–37. Luettu 23.1.2012. <http://www.chestjournal.org>.
- Park, J., Ramar, K & Olson, E. 2011. Updates on Definition, Consequences and Management of obstructive Sleep Apnea. *Mayo Clin Proc* 86, 549–555. Luettu 7.7.2011. <http://web.ebscohost.com>.

Peltomaa, M. 2009. Suppea yöpolygrafia- askel kohti parempaa jaksamista. Duodecim, työterveyslääkäri 27, 57–59. Luettu 21.12.2010. <http://www.terveysportti.fi>.

Potilasohje. 2012. Helsinkiläiset uniapneapotilaat - CPAP-laitteiden tarvikkejake-lu ja CPAP-laitteiden huolto. HUS, Iho- ja allergiasairaala. Helsinki.

Potilasohje. 2010. Kotona tehtävä laaja unitutkimus. HUS, Iho- ja allergiasairaa-la. Helsinki.

Potilasohje. 2010. Laaja unitutkimus. HUS, Iho- ja allergiasairaala. Helsinki.

Potilasohje. 2010. Suppea unitutkimus. HUS, Iho- ja allergiasairaala. Helsinki.

Potilasturvallisuusopas. 2011. Potilasturvallisuuden lainsäädännön ja – strate-gian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.

Sairaanhoitajaliitto. 2012. Luettu 2.5.2012. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>.

Samuli, A. 2006. CPAP-hoidon aloitus kotona. Luento 02.11.2006. Uniyksikön-toiminta keuhkoklinikalla -unikoulutuspäivä. Hengitysliitto Helin ja HYKS:n Uni-koulutus. Helsinki.

Saunamäki, T & Jehkonen, M. 2009. Kognitiivisen toimintakyvyn ja mielialan muutokset uniapnea oireyhtymässä. Suomen Lääkärilehti 64, 2083–2087. Luet-tu 6.9.2010. <http://www.terveysportti.fi>.

Sawyer, A., Deatrick, J., Kuna, S & Weaver, T. 2010. Differences in Perceptions of the Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Continuous Positive Airway pressure Therapy Among Adherers and Nonadherers. Qualita-tive Health Research 20, 873-892. Luettu 2.3.2012. <http://qhr.sayepub.com>.

Sawyer, A., Gooneratne, N., Marcus, C., Ofer, D., Richards, K & Weaver, W. 2011. A systematic review of CPAP adherence across age groups: Clinical and empiric insights for developing CPAP adherence interventions. Elsevier, Sleep Medicine Reviews 15, 343–356. Luettu 7.11.2011. <http://www.elsevier.com>.

Seppä. J., Tuomilehto, H & Kokkarinen, J. 2007. Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito. Duodecim 123(1):88–94. Luettu 21.12.2010. <http://www.duodecimlehti.fi>.

Skomro, R., Gjevre, J., Reid, J., McNab, B., Ghosh, S., Stiles, M., Jokic, R., Ward, H & Cotton, D. 2010. Outcomes of Home-Based Diagnosis and Treat-ment of Obstructive Sleep Apnea. Chest 138, 257–262. Luettu 23.1.2012. <http://www.chestpubs.org>.

Smith, I., Nadig, V & Lasserson, T.J. 2009. Educational, supportive and behav-ioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines for adults with obstructive sleep apnoea. Cochrane Database of Sys-tematic Reviews 2009 (2). Luettu 21.12.2010. <http://web.ebscohost.com>.

Sparrow, D., Almia, M., DeMolles, D & Gottlieb, D. 2012. A telemedicine intervention to improve adherence to continuous positive airway pressure: a randomised controlled trial. *Thorax* 65, 1061- 1066. Luettu 15.3.2012. <http://www.thorax.bjm.com>.

Suhonen, L., Ahtiainen, M & Siikanen, T. 2007. Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa. Teoksessa Hyvinvointiteknologia sosiaali- ja terveysalalla hyöty vai haitta? Suhonen, L & Siikanen, T. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu, sarja C 26.

Tekniikka auttaa virkistävään uneen. 2008. Verkkohusari (2). Luettu 22.12.2010. <http://www.hus.fi>.

Tomlinson, M & Gibson, G. 2006. Obstructive sleep apnoea syndrome: a nurse-led domiciliary service. *Journal of Advanced Nursing* 55, 391-397. Luettu 26.01.2012. <http://www.webebscohost.com>.

Tomlinson, M. 2007. Obstructive sleep apnoea syndrome: diagnosis and management. *Nursing Standard* Vol 21, no 48, 49-56. Luettu 26.1.2012. <http://www.web.ebscohost.com>.

Trupp, R., Corwin, E., Ahijevych, K & Nygren, T. 2011. The Impact of Educational Message Framing on Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy. *Behavioral Sleep Medicine* 9, 38–52. Luettu 23.1.2012. <http://www.sciencedirect.com>.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. Helsinki: Tammi.

Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Luettu 22.12.2010. <http://pre20031103.stm.fi>.

Valvira. 2012. Luettu 18.7.2012. <http://www.valvira.fi>.

Veasey, S. 2010. Treatment of obstructive sleep apnoea. *Indian J Med Res* 131, 326-244. Luettu 7.11.2011. <http://web.ebscohost.com>.

Vitikainen, P & Tanskanen, T. 2010. Miten löydän sopivan CPAP-maskin. PowerPoint diaesitys. Luettu 22.12.10. <http://www.unihoitajat.fi>.

Weaver, T & Grunstein, R. 2008. Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy. The Challenge of Effective Treatment. *Proc Am Thorac Soc* 5, 173-78. Luettu 7.7.2011. <http://www.atsjournals.org>.

Weaver, T & Sawyer, A. 2010. Adherence to continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnoea: Implications for future interventions. *Indian J Med Res* 131, 245–258. Luettu 7.11.2011. <http://web.ebscohost.com>.

LIITTEET

LIITE 1:1 (2)

Analyysitaulukko aineiston analyysin vaiheista

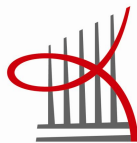
Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
1. Kyselyt 2. Mittaukset	1. Esiselvitykset	1. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen yksilöllisyys
3. Potilas	2. Potilas	
4. Kirjallinen ohjaus CPAP- laitteista ja välineistä 5. Kirjalliset ohjeet yhteystiedoista 6. Kirjalliset ohjeet sairaudesta 7. Kirjallinen nenänhoito-ohje 8. Kirjalliset huolto-ohjeet 9. Suullinen ohjaus CPAP- laitteista 10. Suullinen ohjaus elämäntavoista 11. Suullinen ohjaus hoitopolusta 12. Suullinen ohjaus hoidon vaikutuksista 13. Suullinen nenänhoito-ohje 14. Suullinen ohjaus välineiden huollosta 15. Yhteystiedot suullisesti 16. Asento-ohjaus 17. Ihon hoito-ohjaus suullisesti 18. Ohjaus kirjeitse 19. Ohjaus puhelimitse	3. Kirjalliset ohjeet	2. Uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen ohjaustavat
	4. Suulliset ohjeet	
	5. Ohjeet kirjeitse	
	6. Ohjeet puhelimitse	

jatkuu

LIITE 1:2 (2)

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
20. Ohjaaminen	7. Ohjaaminen	
21. Vastaanotto- käynti 22. Hoidon ongelmat 23. Laitteohjaus 24. Elintapojen muutos	8. Ohjaustilanne	3. Uniapnean CPAP- hoidon potilasoh- jaustilanne
25. Aikataulu		
26. Ongelmia ohjauk- sessa	9. Haasteet	
27. Ohjauksen onnis- tuminen 28. Valmiudet tällä hetkellä 29. Hoitajan kokemus	10. Tietotaidot	4. Uniapnean CPAP- hoidon potilasohjauk- sen toteutuminen
30. Tiedonhaku		
31. Ryhmäohjaus 32. Potilaalle enem- män aikaa 33. Potilaalle enem- män tietoa lait- teista 34. Ohjausta hoidon vaikuttavuudesta 35. Ohjausta anatomianasta 36. Video-ohjaus	11. Ohjauksen kehit- täminen	
37. Laitteiston kehitys 38. CPAP-laitteisto	12. Teknologian kou- lutus	5. Uniapnean CPAP- laittehoidon potilasoh- jauksen kehittäminen
39. Hoitajien koulu- tuksen lisääminen		

LIITE 2:1 (3)



SAATE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE

21.02.2011

Hyvä sairaanhoitaja

Hyvinvointiteknologian ylempään ammattikorkeakoulututkintoon sisältyvän opinnäytetyöni aiheena on uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaus sairaanhoitajan kokemana. Opinnäytetyön kohderyhmänä on Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiirin, Iho- ja allergiasairaalan uniapnean hoitoon yli puoli vuotta osallistuneet sairaanhoitajat.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan kokemuksia uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta. Opinnäytetyötä voidaan käyttää uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen kehittämiseen työyhteisössä.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tiedonkeruumenetelmänä on kysely avoimin kysymyksin. Saatekirje ja kyselyn lähetetään kohderyhmälle sähköpostilla. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Teitä kohdellaan oikeudenmukaisesti, luottamuksellisesti ja kunnioittavasti. Teille ollaan rehellisiä, teille taataan yksityisyys ja nimettömyys. Opinnäytetyönäineisto hävitetään, kun sen käyttötarkoitus on saavutettu. Opinnäytetyön tekijä noudattaa salassapitovelvollisuutta.

Pyydän kohteliaasti teitä paneutumaan asiaan ja vastaamaan kyselyyn. Vastaukset tulee palauttaa nimettömänä suljetussa kirjekuoressa **15.04.2011 mennessä** Iho ja Allergiasairaalan allergiapäiväosasto kahden kansliaan, niille nimettyyn laatikkoon. Opinnäytetyön valmistuttua voidaan työyhteisössä pohtia kyselyn tuloksia sille varattuna ajankohtana.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii opettaja XXX, Tampereen ammattikorkeakoulusta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaation edustajana on Osastoryhmäpäällikkö XXX. Opinnäytetyön työelämän ohjaajana on Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiirin, Iho- ja Allergiasairaalan uniyksikön vastuuhoitaja XXX.

Lisätietoa tarvitessanne puh: XXX

Arvokkaasta yhteistyöstä kiittäen
Sairaanhoitaja Milla Karkia

jatkuu

LIITE 2:2 (3)

1. Kyselylomake aukeaa Word-tiedostona, johon voit suoraan kirjoittaa vastauksesi. Valitse itsellesi sopivin vaihtoehto, kirjoita se viivalle.

1. Kuinka kauan olet työskennellyt uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen parissa HUS:ssa?

6 kk – 2 v.

yli 2 v. – 5 v.

yli 5 v.

-
2. Kuinka usein annat uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta?

Päivittäin / Kerran viikossa / Kerran kuukaudessa / Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

2. Vastaa seuraaviin kysymyksiin ja kuvaile perustellen omia kokemuksiasi aihealueista, jotka liittyvät omaan työhösi HUS:ssa. Kyselylomake aukeaa Word-tiedostona, johon voit suoraan kirjoittaa vastauksesi. Vapaata tilaa kirjoittamiseen saat automaattisesti kysymysten jälkeen, koska lomake on Word -muodossa. Kun olet vastannut kaikkiin kysymyksiin, tulosta lomake ja toimita se nimettömänä suljetussa kirjekuoressa HUS, Iho- ja Allergiasairaalan päiväosasto kahden kansliaan, kyselylle varattuun laatikkoon. Toivon osallistumistasi kyselyyn - nyt sinulla on mahdollisuus kertoa työstäsi ja vaikuttaa työsi kehittämiseen.

1. Kuvaile, mitä omassa työssäsi sisältyy uniapnean CPAP-hoidon potilasohjaukseen?

jatkuu

LIITE 2:3 (3)

2. Minkälaisessa tilanteessa sairaanhoitaja antaa uniapnean CPAP-hoidon potilasohjausta?
3. Kerro, miten koet uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen toteutuvan kohdallasi?
4. Millaisia valmiuksia koet omaavasi uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksen toteuttamiseksi sen eri vaiheissa?
5. Kuvaile, mitä osa-alueita sairaanhoitajan toteuttamasta uniapnean CPAP-hoidon potilasohjauksesta tulisi kehittää?